

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° _____

106

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Maxime LECADRE

Ancien Externe en Premier des Hôpitaux de Paris

Né le 26 Octobre 1903, au Havre

Contribution à l'Etude
de l'
Anorexie du Nourrisson

Président : Monsieur le Professeur LEREBoullet

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1931

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Maxime LECADRE

Ancien Externe en Premier des Hôpitaux de Paris

Né le 26 Octobre 1903, au Havre

Contribution à l'Etude
de l'
Anorexie du Nourrisson

Président : Monsieur le Professeur LEREBoullet

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1931

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	BALTHAZARD.
I. — Professeurs.....	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	M. VILLARET
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	MARCEL LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD
Clinique chirurgicale	DELbet
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.	CADENAT....	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN....	Pathologie médicale.	CATHALA....	Pathologie médicale.
BENARD HENRI.	Pathologie médicale.	CHABROL....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.	CHEVALIER..	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	DE GAUDAR	
BROCC.....	Pathologie chirurgicale	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale
BRULE.....	Pathologie médicale.	DOGNON....	Physique.
		DONZELOT...	Pathologie médicale.



MM.	
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELLIER..	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON....	Hygiène.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBE HENRI	Chimie biologique.
LAROCHE....	Parasitologie.
LEMAITRE...	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (F).	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.

MM.	
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING...	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES.....	Ostétriqne.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHEL, FILS	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	(Pasteur)....
	Pathologie médicale.
VAUDESCAL..	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
BUSQUET....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX....	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERRER...	Histologie.
ZIMMERN....	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique à titre permanent

MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHERAY.....	Clinique médicale.
DEBRÉ.....	Clinique médicale.
DUVOIR.....	Clinique médicale.
FIESSINGER..	Clinique médicale.
LAIGNEL	
LAVASTINE..	Clinique médicale.
LERI.....	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.

MM.	
CHEVASSU...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU....	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL.	—
METZGER....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDOUX-LEBARD.....	Stomatologie.
WEILL-HALLE.....	Education physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA MERE

A MON PERE

Hommage modeste de mon admiration,
de mon affection, et de ma profonde
reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR A. LECADRE

Chirurgien des Hôpitaux du Havre

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-ONCLE

LE DOCTEUR A. LECADRE

Meis et Amicis

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE LEREBoullet

*Professeur d'Hygiène et de Clinique
des maladies de la première enfance
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous en a inspiré le sujet et a guidé nos premiers pas en pédiatrie, en témoignage de notre profonde gratitude et de notre respectueuse affection.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR CERNÉ 1923

MONSIEUR LE DOCTEUR HALIPRÉ 1924

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY 1924

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER 1925

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN 1926

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SICARD 1927

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet 1928

MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN 1928

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-SOLAL 1929

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MÉE 1929

Externat en premier

MONSIEUR LE DOCTEUR AVIRAGNET 1930

En témoignage de notre profond
respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

A MONSIEUR LE DOCTEUR JANET

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. COSTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAGUENEAU

A MONSIEUR LE DOCTEUR PARAF

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DECOURT

Médecins des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR SEMELAIGNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DAYRAS

Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

Qui nous ont conseillé et beaucoup
aidé dans nos recherches, en témoi-
gnage de notre profonde reconnais-
sance.

INTRODUCTION

La perte de l'appétit est fréquente chez les enfants du premier âge. Parmi les problèmes soulevés par l'alimentation du nourrisson, il n'en est pas dont la solution soit plus délicate.

« Il n'y a pas une anorexie, mais des anorexiques », dit notre maître, M. le Professeur Lereboullet. Une même cure, chez des enfants du même âge, peut produire des effets différents ; des traitements différents seront donc nécessaires pour réveiller l'appétit de petits malades en apparence semblables.

C'est dire tout l'intérêt de la question : c'est d'une part la fréquence de cette anorexie chez le nourrisson, d'autre part la difficulté de son traitement.

L'enfant sain se nourrit facilement, qu'il soit au sein, à l'allaitement mixte, à l'allaitement artificiel mais qu'il ne réclame pas sa ration, qu'il l'accepte moins volontiers, lors du sevrage ou des poussées dentaires, c'est un fait banal, courant, qui disparaîtra rapidement de lui-même.

D'autres nourrissons au contraire témoignent d'un véritable dégoût pour le lait, les céréales. Un degré encore et c'est la perte réelle de toute appétence.

La mère de l'enfant va d'abord s'ingénier à varier les doses et les heures des repas, le goût et la présentation des aliments ; elle le fera boire assis, le fera jouer s'il préfère. Peine perdue. Peu à peu, les repas se prolongent, et l'enfant n'ingurgite plus les rations requises.

L'entourage se désespère ; la courbe de poids, de l'ascension de laquelle on était si fier, devient stationnaire, et même commence à s'abaisser. L'enfant devient nerveux, dort mal ; l'atmosphère familiale s'en ressent. C'est un véritable petit drame.

Le praticien mis en demeure d'enrayer ce mal use d'abord des ressources de la diététique, puis de la pharmacopée, et le succès ne s'avère pas toujours définitif. « On a tout essayé » ! Combien de fois n'avons-nous pas entendu cette phrase !

« Or, c'est souvent, dit encore M. le Professeur Lereboullet, que viennent à nos consultations les mères dont l'enfant ne mange pas, maigrit, est énervé, et qui nous demandent de lui rendre l'appétit. Et tant que l'enfant n'aura pas recouvré son appétit, la mère considérera que l'amélioration n'est pas encore commencée. »

Il nous a paru, sur le conseil de notre maître, utile de reprendre l'exposé de ce problème, de pratique courante, en nous appuyant sur une série de travaux récents.

HISTORIQUE

« Si l'on ouvre les Traités, et qu'on cherche au chapitre « Anorexie du Nourrisson », on ne trouve rien, dit M. le Professeur Lereboullet. « Il n'y a pas d'article sur ce sujet, et cependant l'Anorexie du Nourrisson est un phénomène important que tous les pédiatres ont à soigner. »

Ce n'est pas à dire qu'on ne trouve dans les travaux et les leçons du Professeur Hutinel, du Professeur Marfan, de MM. Comby, Terrien, et des divers pédiatres, des notions déjà précises sur l'Anorexie du jeune enfant.

Elle a été en 1920, l'objet d'une revue générale par M. Comby. Un peu plus tard, MM. Nobécourt et Maillet lui ont consacré quelques pages dans leur « Thérapeutique du Nourrisson ».

Une discussion à la Société de Pédiatrie, en 1925, à la suite d'interventions de MM. Barlier et Guinon, a mis en lumière le rôle du facteur mental dans l'Anorexie.

Un article intéressant de M. Tixier en 1928, a fait

ressortir quelques unes des causes de la perte permanente de l'appétit chez le nourrisson.

Mais c'est plus récemment, qu'à ces travaux épars, ait fait suite une série d'exposés plus complets.

M. le Professeur Lereboullet lui a consacré une leçon clinique d'ensemble, qui nous a incité à reprendre ce sujet, et dans laquelle il étudie les symptômes, les causes et le traitement des anorexies. C'est imbu de ces idées que nous abordons l'étude de cette question, en insistant plus particulièrement, comme lui, sur l'importance des troubles digestifs et hépatiques, sur la gravité des causes générales, et notamment des maladies infectieuses, enfin sur la place restreinte, mais nette, du facteur mental.

Presque simultanément, une étude de M. Lelong, poursuivie également aux Enfants-Assistés, précise à son tour quelques-uns des caractères des anorexies des jeunes enfants.

Le Professeur Marfan reprend la question, et après avoir étudié les anorexies légères et transitoires, insiste sur les anorexies accusées, et notamment sur celles qui ont à leur base l'hérédo-syphilis.

Signalons enfin un travail publié à la même époque par M. Aurelio Rapado Pozas, et l'exposé tout récent de M. Saint-Girons où celui-ci reprend les idées développées par M. le Professeur Lereboullet dans sa leçon clinique.

Grâce à ses divers travaux, il est possible désormais de classer la plupart des observations d'anorexiques, et d'arriver, par chaque variété, à une thérapeutique logique sinon toujours efficace.

C'est cette classification que nous allons essayer de faire, en nous basant en grande partie sur une série de faits observés par nous ou par notre maître, M. le Professeur Lereboullet.



DÉFINITION & GÉNÉRALITÉS

« L'anorexie est la perte de l'appétit, la suppression du désir de la nourriture », selon la définition qu'en donne M. Lelong.

Il est des enfants qui prennent difficilement le sein ou le biberon et chez lesquels on peut parler d'anorexie. Ils ont en effet une perte totale ou presque totale de l'appétit. Que cette anorexie soit caractérisée par un dégoût des aliments donnés à l'enfant, ou bien par une perte réelle de l'appétit, elle existe chez nombre de tout petits ; soit à l'état partiel, et alors souvent élective ; soit totale : elle peut être alors transitoire ou permanente.

Elective, elle a peu d'importance. On peut l'éviter, en ne présentant pas au bébé le mets qui ne lui agréé pas. Toutefois il y a danger à céder aux caprices d'un enfant, même si jeune. C'est le premier pas qui peut conduire à la constitution d'une anorexie plus marquée.

Vaincre une anorexie totale est beaucoup plus délicat. Si elle est transitoire, il faut savoir attendre, et elle disparaît avec la cause qui lui a donné naissance, mais

quand l'anorexie est permanente, provoquée par une ou plusieurs causes intriquées, en venir à bout est fort embarrassant.

« Ces enfants désespèrent l'entourage », écrit M. le Professeur Lereboullet, « par la manière dont ils prennent les tétées qui deviennent lentes, durent trois-quarts d'heure, une heure et plus. »

« Ce dégoût, marqué de l'enfant pour toute alimentation entraîne des cris, de l'énervement, de l'insomnie et l'enfant qui ne mange pas devient cachectique. Il y a tout un tableau du nourrisson anorexique qui a été tracé à diverses reprises, et que la mère elle-même évoque quand elle amène son enfant à la consultation. Elle nous montre son enfant comme insupportable à nourrir, qu'il soit au sein ou au biberon. Ce sont des scènes à n'en plus finir : l'enfant prend, avale et régurgite brusquement. Ou bien il avale sans régurgitation immédiate, mais quelques minutes après, un quart d'heure après, il y a un véritable vomissement. L'enfant présente en même temps des troubles digestifs ; il fait volontiers soit de la diarrhée, soit de la constipation ; il a des selles vertes, et on peut observer tout le tableau des troubles digestifs sévères du premier âge (Lereboullet). »

Il est nécessaire, avant d'aborder l'étude de ces anorexies, de « rappeler qu'elles peuvent avoir différentes causes, qu'on ignore quand on ne sait pas ce qu'est la succion du nourrisson. »

« Le nourrisson doit prendre le lait au sein de sa mère ou au biberon. Par cela, il doit faire un effort. L'acte de succion en effet exige un certain travail musculaire,

et, dans une certaine mesure, une intervention de la muqueuse buccale : car il faut qu'il y ait adhérence de la bouche au sein de la mère ou de la tétine. Pour que cet acte s'effectue correctement, il faut, outre le facteur local musculaire de muqueuse, faire intervenir les centres nerveux de la succion et de la déglutition, que ces centres soient troublés, que l'état local soit modifié, l'enfant saisisse moins bien le sein, tette moins bien, et l'anorexie peut être constituée.

« Elle peut donc provenir d'un état local de la bouche de l'enfant, que l'appareil musculaire soit inapte à la préhension du sein, que la muqueuse altérée rende la succion douloureuse ; elle peut être le fait d'une altération de l'état général, d'un trouble du système nerveux central (Lereboullet) ».

Ces dernières causes peuvent réagir directement sur l'appétit du nourrisson, et il peut être bon d'en dire quelques mots.

En se rapportant à ce que nous savons de la physiologie de l'appétit de l'adulte, l'étude de celle du nourrisson nous montrera quelques différences.

« Quand l'organisme a besoin de réparer ses forces. de subvenir à ses dépenses », écrit M. Gley, « il en est averti par des sensations spéciales, internes: la faim et la soif ». L'appétit serait le premier degré de cette faim et de cette soif, sensation nullement désagréable, dont la non-satisfaction provoque une gêne intolérable. Il est convenu de localiser cette sensation au creux épigastrique. On a pu en effet enregistrer des contractions de l'estomac vide, contractions qui donneraient lieu à la

sensation de la faim. Cette sensation se traduit par le désir d'absorber une substance comestible. Ce besoin contenté, la faim assouvie, l'appétit s'estompe.

Chez le nourrisson nous constatons deux différences. Et d'abord, le lait étant l'aliment normal, la faim et la soif sont confondues ; plus tard en viendra la discrimination. « La faim et la soif », dit M. le Professeur Hutinel, « sont difficiles à dissocier chez le nourrisson qui les exprime de façon identique, et les satisfait par un aliment — boisson, le lait ; si bien que l'exagération de l'appétit n'est peut-être, chez lui, que de la soif. »

D'autre part le besoin de s'alimenter, semble passer par trois phases évolutives chez le nourrisson. Pendant les premiers mois, ce besoin de s'alimenter se passe uniquement dans le jeu du réflexe de la succion. Puis un peu plus tard, intervient comme facteur complémentaire, puis supplémentaire un phénomène psychique : l'enregistrement de sensations rapides. Enfin plus tard encore, la physiologie de l'appétit du nourrisson est semblable à celle de l'adulte.

Au cours de ces trois phases, les troubles susceptibles d'altérer les différents facteurs de l'appétit vont créer de l'anorexie, et en même temps lui donner des aspects différents.

Pendant la phase où seut le réflexe de la succion joue, un trouble portant sur l'un quelconque des trois étages du réflexe détermine une variété différente d'anorexie.

La voie centripède peut être lésée. S'il existe une anesthésie, fait exceptionnel, l'enfant ne tette pas parce qu'il ne sent pas le contact du mamelon ou de la tétine.

Au contraire y a-t-il hypéresthésie, fait courant, le nourrisson ne veut pas téter parce que le contact du sein ou de la tétine le fait souffrir. C'est le cas du nourrisson atteint de muguet, d'une fissure commissurale impétigineuse, d'une rhagade syphilitique de la lèvre, d'une stomatite aphteuse.

Le neurone moteur est assez fréquemment atteint, l'enfant ne peut pas téter. Rarement il s'agit d'une paralysie faciale périphérique (par application incorrecte de forceps); plus souvent il y a diminution de la force musculaires: c'est le cas des débiles, des prématurés, des athrepsiques.

Enfin, le *centre bulbo-protubérantiel* de la succion est parfois lui-même lésé, par exemple par une encéphalopathie précoce, ou bien il s'agira d'une anégénie cérébrale. Ces types d'anorexie se rencontreront chez les hydrocéphales, les microcéphales, les anencéphales

Mais la *cause peut aussi siéger à distance*, loin du centre de la succion, hors de la voie centripède et centrifuge; les affections du tube digestif, les infections et intoxications agissent de cette manière. Il n'est pas de trouble pathologique qui ne puisse se traduire, chez le nourrisson dont l'économie est dominée par les fonctions de nutrition, par une modification de ces fonctions, en particulier de l'appétit.

En résumé, dans une première phase de la vie du nourrisson, l'anorexie est provoquée par un trouble du réflexe de la succion. C'est une perversion d'un acte automatique.

Dans la seconde phase où s'équilibrent deux facteurs:

réflexe de la succion et connaissance du monde intérieur, l'anorexie est déterminée par des troubles portants sur l'un ou l'autre de ces deux éléments.

Jusqu'alors, le nourrisson avait des sensations de contact ; maintenant il va avoir des sensations gustatives. Il est facile d'en faire la preuve : le babeurre, dont nous autres adultes, ne faisons pas nos délices, est accepté facilement par des nourrissons de moins de trois mois, toléré jusqu'à cinq ou six mois, et bien souvent refusé au dessus de cet âge. Au dessus de six mois, on voit couramment un nourrisson préférer au lait maternel le lait concentré sucré, ou le lait sec ; un autre acceptera les bouillies d'orge ou d'arrow-root et refusera celles à base d'avoine. Chacun a établi une différence sapide entre ces préparations ; c'est une véritable élaboration psychique. C'est une des premières lueurs psychiques du nourrisson. Il en est de même des enfants qui refusent les premières bouillies, les premières purées ; car il faut un apprentissage pour coordonner les nouveaux mouvements musculaires nécessaires à la déglutition d'un bol alimentaire demi-solide, l'enrober de salive, le diluer. S'il y a difficulté mécanique il y a parfois recul psychique même chez un nourrisson de quelques mois.

Ainsi, dans une deuxième phase de la vie alimentaire du nourrisson, l'anorexie est expliquée, et par un trouble portant sur le réflexe de la succion dont l'importance va en décroissant, et par une part psychique dont la prédominance va en augmentant. C'est le psychisme du nourrisson qui pervertit l'acte automatique de la succion pour une part vraisemblablement importante.

Peu à peu se dessinent et apparaissent les caractères de la *troisième période*. L'ingestion des aliments tend à devenir uniquement un acte réfléchi, coordonné par des sensations dont le nourrisson a connaissance, contrarié par les répercussions viscérales des diverses affections organiques dont il peut être atteint ; chacun de nous, en remontant dans ses souvenirs, peut impliquer la genèse du dégoût pour tel ou tel aliment. De même, un nourrisson, brûlé par une cuiller de bouillie trop chaude, peut arriver à refuser de manger à la cuiller, de prendre tout aliment solide, puis même toute substance comestible.

C'est là, l'anorexie mentale ; elle existe réellement chez le nourrisson ; peu fréquente du reste, elle est très rare dans sa forme pure. Pour la déterminer, trois facteurs semblent indispensables. C'est, pour M. Lelong, d'abord une épine organique ; c'est-à-dire une des causes précédentes, agissant en elle-même à dose minime, mais dont l'effet est multiplié par le terrain. Il faut de plus un terrain neuro-arthritique presque toujours héréditaire : il s'agit d'enfants nerveux, instables, d'hérédité chargée. Enfin le milieu a une importance primordiale : il n'est pas tant névropathique, mais imprégné de tendresse débordante, de faiblesse : la mère a « gâté » l'enfant, n'a pas su prendre d'ascendant sur lui, n'a pas su imposer sa volonté aux caprices du bambin.

Cette succession en trois étapes des éléments présidant à la formation de l'appétit et de l'anorexie du nourrisson nous paraît à nous même trop schématique pour

être réelle et reproduire la vérité. Elle était nécessaire pour en faire comprendre la synthèse. Les faits sont certainement plus complexes, même chez un nourrisson, parce qu'il a tout à apprendre. Il est à prévoir que sa vie intellectuelle, à son début, pour si obscure qu'elle nous paraisse, n'en est pas moins très active, et que son intervention, dans l'alimentation de ce petit être, n'en est pas moins certaine, encore qu'elle soit difficile à doser.

Ce qui doit ressortir, selon nous, de cet exposé préliminaire, c'est la complexité possible des causes de l'anorexie, et l'intervention, à côté des influences générales infectieuses, digestives ou autres, d'une part d'un *facteur local* (douleur de difficulté de la succion), d'autre part d'un *facteur central nerveux*, auquel dans une certaine mesure, on peut donner, même chez le tout jeune enfant, le qualificatif de *facteur mental*.

ETUDE CLINIQUE

L'étude des anorexies du nourrisson devrait se limiter aux *Anorexies Vraies*. Toutefois il est bon d'analyser d'abord ce que sont les *Faussees Anorexies*. Si celles-ci doivent être distinguées, elles s'y relient néanmoins par des transitions: il est en effet réellement fréquent de voir un nourrisson ayant présenté des signes de fausse anorexie, devenir secondairement, alors que les causes de celle-ci ait disparu, un véritable anorexique.

I. -- FAUSSES ANOREXIES

L'enfant ne veut pas téter, ou ne le peut pas mécaniquement, mais son appétit est conservé.

Une fausse anorexie peut être provoquée par un *coryza*, une *poussée d'adenoïdite-aiguë*. L'obstruction nasale empêche l'enfant de se nourrir à sa faim, obligé qu'il est de lâcher souvent le sein ou la tétine pour respirer par la bouche. Le repas dure longtemps, la mère se lasse, enlève le biberon, et l'enfant ne réclame pas, fatigué par les efforts qu'il vient de fournir.

Il suffit d'instiller, quelques minutes avant chaque tétée, dans chaque narine du bébé, quelques gouttes d'une solution diluée d'adrénaline, pour diminuer et ensuite voir disparaître cette fausse anorexie. D'ailleurs, la poussée aiguë passée, l'appétit revient spontanément, l'obstruction nasale disparaissant.

Par contre, un gros paquet de *végétations adénoïdes* obstruant le *cavum*, entraîne un obstacle permanent à la respiration ; l'enfant abandonne le mamelon après quelques suctions, pour reprendre haleine, en faisant

entendre un ronflement. Le repas dure longtemps, l'enfant se fatigue et ne boit pas complètement sa ration, que l'on débarrasse le cavum de ce véritable corps étranger, l'enfant boira plus facilement. C'est d'ailleurs une détermination opératoire qu'il ne faut pas prendre à la légère chez un tout petit, il ne faut pas attendre trop longtemps non plus, car la rhino-pharyngite chronique secondaire intoxique l'enfant à la longue, et l'opération ne servira plus de rien, l'anorexie de mécanique étant devenue infectieuse ; c'est encore un cas de vraie anorexie succédant à une fausse anorexie. Une observation que l'on retrouvera plus loin illustre ce cas si fréquent en pratique clinique.

Parfois une *malformation-congénitale* buccale, labiale ou vélo-palatine est à la base d'une fausse anorexie.

Ces deux observations le montrent bien.

OBSERVATION I

(Personnelle)

Roger H..., 12 jours, gueule de loup.

L'enfant entre à la crèche le 6 mars 1930. C'est un prématuré né à 8 mois, pesant à sa naissance 3.000 grammes. Sa malformation bucco-nasale est du type « gueule de loup ». La succion est impossible, Abandonné par ses parents, il est nourri au lait condensé. Comme il s'étrangle en buvant à la cuiller, on doit l'alimenter au compte goutte. Une broncho-pneumonie se déclare rapidement, laquelle, contre-indique tout traitement opératoire, et emporte l'enfant en cinq jours.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Rachel R..., 13 jours. Fissure palatine.

L'enfant est amené à la consultation de la crèche pour anorexie. De plus, elle s'étrangle en buvant et rejette les liquides par le nez. Elle présente une fissure du voile membraneux partageant la luvette en deux moitiés, se prolongeant jusqu'au palais osseux. La suture opératoire est pratiquée quelques jours après. Le reflux des liquides par le nez a disparu aussitôt, l'alimentation est normale, l'anorexie ne se montre plus, la croissance est normale. Revue un an après l'enfant pèse à 13 mois : 9.150 grammes, commence à dire quelques mots et ne nasille pas. La cicatrice opératoire est parfaite.

Il nous a été également donné d'observer une *paralysie faciale périphérique* chez un nouveau-né accouché au forceps. La cuiller gauche avait laissé son empreinte sur la région zygomato-maxillaire gauche. L'enfant ne pouvait fermer hermétiquement ses lèvres sur l'aréole mammaire de par la déviation de sa commissure buccale. Il fut nourri à la cuiller jusqu'à la rétrocession de la paralysie, laquelle se fit en quelques jours, puis il fut remis au sein. Sa croissance par la suite fut normale.

Ces quelques exemples montrent que le nourrisson *ne peut pas boire*. Par contre, il en est dans lesquels il *ne veut pas boire*, parce qu'il souffre, parce que la succion est devenue un acte douloureux.

Tel est le cas des tout petits atteints de *muguet* « les troubles fonctionnels sont en rapport avec l'étendue du muguet..., l'enfant tette mal, crie, avale difficilement puis refuse le sein ou le biberon » (Professeur Hutinel).

Il en est de même lorsque des *rhagades commissurales streptococciques* entaillent les lèvres du nourrisson. Une rhagade entamant à la fois la surface muqueuse et la surface entamée de la lèvre est par contre très probablement *syphilitique*.

Au cours des *abcès rétro-pharyngiens*, l'anorexie est la règle ; la douleur à la déglutition, la dysphagie apparaissant après la dyspnée, en est la conséquence.

« L'enfant ne peut plus respirer dès qu'il a pris le sein, et il est obligé de le lâcher parce qu'il suffoque » écrit Broca ; et M. le Professeur Cima insiste à son tour sur le rejet du liquide lequel ne peut être dégluti par la douleur qu'éprouve l'enfant. « Les enfants de moins de cinq ans, dit Filatow, ne se plaignent jamais de la gêne à la déglutition ». Il faudra donc interpréter cette fausse anorexie, premier signe d'une affection douloureuse bucco-pharyngée.

La fausse anorexie par douleur à la succion est de règle au cours des *stomatites*. En voici un exemple lors d'une *stomatite aphteuse*.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Docteur Baize)

Alphonse F..., 4 mois $\frac{1}{2}$. Stomatite aphteuse.

L'enfant est nourri au sein par sa mère qui présente depuis deux jours des crevasses du mamelon. Depuis ce même temps l'enfant refuse de prendre le sein. Il présente une stomatite aphteuse caractéristique. L'enfant est alors nourri à la cuiller et accepte le lait de cette façon ; d'autre part on traite sa stomatite et les crevasses du mamelon maternel. La guérison est rapide ; l'enfant est alors remis au sein qu'il accepte volontiers.

Rappelons encore que ces fausses anorexies douloureuses peuvent devenir le point de départ d'une anorexie véritable par la crainte de la douleur qu'elle laisse.

Fausse anorexie également celle de l'idiot, *de l'arriéré*; ce dernier ne s'intéresse pas plus à ses repas qu'au reste du monde extérieur, ne reconnaît pas plus la forme du biberon que la silhouette de son infirmière, ne réclame pas son repas quand en sonne le moment, mais l'ingurgite facilement une fois le mamelon ou la tétine en bouche. Seuls les réflexes jouent chez lui. Ceux-ci ne se produiraient d'ailleurs pas si le centre de la succion était lésé, ces cas d'anorexies relèveraient d'une agénésie cérébrale.

MM. Nobécourt et Maillet écrivent à ce sujet « L'enfant est désintéressé du monde extérieur et ne tette pas plus qu'il ne peut remuer les jambes ou les bras, ni ouvrir les yeux au monde extérieur ». La fausse anorexie est ici un élément du tableau général de l'arriération, elle n'a pas d'existence propre, et il n'y a pas à insister sur elle.

Restent encore les fausses anorexies du *premier biberon*, de la *première bouillie*, du *premier repas à la cuiller*. L'enfant ne sait pas encore négliger son mouvement de succion et pratiquer seul le mouvement d'ingestion. Il tette la cuiller, ne sait comment déglutir les solides ou demi-solides qu'il tourne et retourne dans sa bouche sans se décider à les avaler. C'est un apprentissage à faire, des efforts musculaires d'une autre nature à coordonner, que certains enfants n'essayaient même pas d'entreprendre, contre lesquels certains autres s'insur-

gent. Cette passivité, cette résistance peuvent dès l'abord devenir une habitude, et être à l'origine d'une véritable anorexie. Et chez les nerveux, ce peut être la circonstance occasionnelle d'une anorexie mentale : nous en verrons un exemple plus loin.

De même, on peut citer comme exemple de fausse anorexie pouvant passer à l'anorexie vraie ou constituant tout au moins une anorexie transitoire les faits de ces petits nourrissons qui, au cours des fortes *chaleurs de l'été* sont fréquemment nerveux, crient le jour et dorment mal la nuit, ont de la diarrhée et sont anorexiques. L'atmosphère rafraîchie, l'appétence reparait.

Les faits de difficultés de nutrition au cours des poussées de *germination dentaire* soulèvent un problème analogue. Il s'agit d'anorexies transitoires ou de fausses anorexies, mais qui peuvent être le point de départ de troubles menant à l'anorexie vraie.

Jusqu'au *xviii^e* siècle, on avait tendance à attribuer de nombreux méfaits à la germination dentaire. Au *xix^e* siècle une réaction survint contre cette tournure d'esprit. « Il ne faut pas tomber d'un excès dans l'autre », disait le Professeur Hutinel ; « après avoir attribué à la dentition une importance exagérée, il ne serait pas juste de lui dénier toute influence ». Il est certes, des cas où la germination dentaire peut s'accompagner de phénomènes pathologiques pouvant aller jusqu'à une affection gastro-intestinale caractérisée s'il existe une prédisposition du tube digestif à devenir malade. »

Voici un cas indéniable qui illustre cette façon de comprendre les faits.

OBSERVATION III *bis*

(Communiquée par M. le Docteur Dayras)

Françoise L..., 19 mois. Anorexie par germination dentaire.

L'enfant a une croissance normale ; 12 dents ont poussé jusqu'alors sans gros troubles. Elle se porte bien.

Le 16 octobre 1927, elle refuse de s'alimenter, puis se met à vomir, même si elle n'absorbe que de l'eau. Au bout de cinq jours de cet état, M. le Docteur Dayras est appelé en consultation. L'état général est grave, la deshydratation extrême, l'haleine a une forte odeur d'acétone. Les urines contiennent ce produit en forte quantité. L'anorexie est absolue, les vomissements incessants, on ne trouve d'autre cause à ces accidents qu'une tuméfaction des quatre fosses canines, un débridement d'urgence semble indiqué devant la gravité de la situation. Il est fait au galvano-cautère par le père de l'enfant qui est dentiste, à 11 heures du matin. Profondément, jusqu'au contact de la dent, un pertuis est foré.

A midi et demi, le père annonce par téléphone que les vomissements sont arrêtés, que l'enfant semble complètement remise, qu'elle s'est mise à table avec sa famille et mange de bon appétit !

M. Tixier recommande en effet la libération de la dent ; il préconise, en particulier, d'écraser la gencive ramollie, si la dent est prête à sortir, entre l'angle et la dent ». Nous croyons que cette pratique, sans être brutale, est parfois douloureuse, et nous préférons, sous l'instigation de M. Dayras, user doucement, lentement cette muqueuse ramollie avec l'arête d'un morceau de sucre ; celui-ci s'effrite peu à peu de par la salive qui l'imbibe, si bien que la manœuvre est d'autant plus légère et moins pénible qu'on approche de la dent.

II. -- LES ANOREXIES VRAIES

« L'anorexie vraie du nourrisson relève », dit M. le Professeur Lereboullet « de quatre éléments principaux : ou bien elle est liée à une cause générale, ou bien elle est sous la dépendance d'un trouble digestif, ou bien elle est liée à un état local spécial qui gêne la succion et par conséquent la nourriture de l'enfant, ou bien enfin elle est le résultat d'un mécanisme beaucoup plus complexe dans lequel on peut faire intervenir un élément psychique ».

Ce sont ces divers éléments que nous avons rencontrés dans les cas que nous avons observés. Peut-être devons-nous donc étudier d'abord les anorexies de cause générale, liées à une infection profonde, à une débilité de l'enfant qui sont à beaucoup d'égards les plus frappantes, mais il nous a paru plus simple de commencer par les plus fréquentes, de beaucoup les plus faciles à modifier, celles qui proviennent des *affections digestives*. Nous étudierons ensuite celles qui sont la conséquence des *infections* générales ou lointaines retentis-

sant sur l'appétit de l'enfant. Nous terminerons par les anorexies de cause nerveuse et celles qui ont été groupées sous le nom d' « *anorexie mentale* ».

a) Les Anorexies digestives du Nourrisson.

Que l'anorexie soit permanente ou transitoire, totale ou élective, inquiétante ou fruste, c'est d'abord et avant tout un trouble des fonctions digestives du petit malade que l'on doit penser. L'aspect, le début, le caractère de cette inappétence seront révélés le plus souvent par l'interrogatoire de la mère beaucoup plus que par l'examen clinique de l'enfant.

« La diminution de l'appétit y est souvent un phénomène précoce », dit M. le Professeur Hutinel, en parlant des troubles digestifs du nourrisson. « L'enfant refuse le sein ou le biberon ; s'il les prend, c'est sans entrain, et au bout de quelques instants il les quitte sans avoir ingéré sa ration habituelle. Ce symptôme est surtout appréciable dans les affections digestives subaiguës et chroniques ».

Dans l'examen du bébé anorexique, on peut en effet souvent dépister d'abord une *faute d'alimentation*, une erreur de diététique.

En premier lieu une erreur portant sur la *quantité*.
L'hyperalimentation et cela se conçoit facilement,

est à la longue facture d'anorexie. Le tube digestif de l'enfant a été surmené, et celui-ci repousse la nourriture en raison même de la fatigue gastrique qui en est résultée.

L'hypoalimentation elle-même peut déterminer de l'inappétence. Et la cure est très délicate car l'inanition développe l'hypotrophie laquelle entraîne l'anorexie.

« Il faut faire manger ceux qui n'ont pas faim », écrit M. J. Dayras ; « à côté des hypoalimentés par force dont on réduit l'appétit, il y a des hypo-alimentés par faiblesse dont on respecte l'anorexie... on peut affirmer de façon très générale que chez le nourrisson « l'appétit vient en mangeant ». L'enfant qui n'a pas faim ne mange pas, et l'enfant qui ne mange pas n'a pas faim. C'est un cercle vicieux dont on ne peut sortir qu'avec effraction, qu'en faisant violence au bébé qu'on peut être obligé de gaver pendant quelques jours ». L'usage de diverses médications peut faciliter la reprise de l'alimentation, mais ces moyens ne dispensent jamais d'avoir à user de contrainte vis-à-vis du nourrisson anorexique, et, à notre avis, s'il y a lieu de faire parfois preuve d'énergie en puériculture, c'est bien plutôt pour faire manger ceux qui n'ont pas faim que pour rédimier les autres.

« C'est ce qu'il faut bien dire aux parents qui déclarent une fois pour toutes que l'enfant « ne veut rien prendre », et qui comptent sur l'ordonnance du médecin pour rendre subitement au bébé son bel appétit. Il faut soi-même donner les premiers repas, on est rarement obligé de recourir au gavage à la sonde, et il suffit le plus souvent... de gaver l'enfant à la cuiller » (J. Dayras).

Les erreurs de diététique peuvent encore porter sur la *qualité* de l'alimentation.

Envisageons d'abord l'hypothèse d'un *enfant au sein*.

« Certains enfants », écrit M. Tixier, « quoique bien constitués, se refusent à prendre le sein, et s'ils le prennent, n'absorbent qu'une quantité insignifiante de lait... dans certains cas on doit alors recourir au gavage pendant quelques jours ». Il sera bon en ce cas, de faire pendant ce temps usage du succi-pompe, afin de se procurer le lait destiné au gavage, et éviter la résorption du lait maternel.

Par ailleurs M. le Professeur Marfan écrit « Au cours de *l'allaitement au sein*, on peut observer une anorexie portant sur le lait des deux seins ; le sujet offre généralement des signes de suspicion d'hérédosyphilis et son anorexie cède toujours au traitement spécifique... L'anorexie peut être élective pour le lait d'un seul sein : le lait du sein refusé... moins bien vidé... entre en rétention sa constitution chimique se constitue et le nourrisson le refuse. Plus rarement cette anorexie élective pour un sein nous a paru en rapport avec l'absence de peroxydase et une faible teneur en catalase du lait refusé. Pour obvier à cette anorexie, il suffit de faire fonctionner activement les deux seins en complétant l'évacuation avec un tire-lait. Dans certains cas l'anorexie est transitoire et coïncide avec la période menstruelle.

« Au cours de *l'allaitement artificiel*, l'anorexie peut relever d'un état de pré-carence... il suffira de remplacer ce lait par un lait frais pour éveiller l'appétit de l'enfant.

« A la *période de sevrage*... on peut voir s'installer

une anorexie qui n'est qu'une manifestation de l'acétonémie. Elle précède d'un temps plus ou moins long la crise de vomissement qui d'ailleurs peut faire défaut. L'anorexie est alors un véritable équivalent de la crise, et peut s'accompagner de tous les autres signes de l'intoxication acide... en donnant de l'eau de Vichy ou de Vals légèrement bicarbonatée, on jugule la crise et l'on réveille immédiatement l'appétit (Marfan). »

Aucun fait de ce genre n'étant appris par l'interrogatoire, on examine les seins; les mamelons peuvent être petits, ombiliqués ou percés de canaux en nombre insuffisant : à la pression, deux à trois jets seulement de lait fusent, alors que l'autre mamelon donne un faisceau de jets. Il nous souvient d'un enfant qui acceptait le sein droit de sa mère et refusait le gauche dont le mamelon s'adornait d'un nævus mélanique verruqueux, rugueux au toucher. Ce contact, désagréable à sa langue, expliquait peut-être le dégoût de l'enfant pour ce sein et sa prédilection pour le lait du mamelon adelphe.

Dans un autre cas, l'interrogatoire découvre la pratique d'un *allaitement artificiel*, et cela sans jus de fruit. Il s'agit a priori d'une anorexie déterminée par un *état de carence*, ou de *pré-carence*.

A la *période de sevrage* ou d'ablactation, nous l'avons vu, M. le Professeur Marfan conseille de penser à l'existence possible d'acétonémie. Parfois l'interrogatoire précise que l'anorexie est *élective* : l'enfant refuse ou le lait ou les farineux, ou les repas sucrés. Tel autre n'accepte ses bouillies que maltées; une observation que l'on retrouvera plus loin évoque ce détail. D'autres enfants se fati-

gueront d'un régime par trop uniforme : il suffira de le varier pour faire renaître l'appétit défaillant du bébé.

Que l'enfant soit élevé au sein, à l'allaitement artificiel ou mixte, la *modalité des repas* peut conditionner l'appétence, on ne manquera pas de fouiller les moindres détails de cette histoire : tel nourrisson finit ses biberons s'il boit debout, s'ils sont espacés de plus de quatre heures ; un autre terminera spontanément son repas à la condition de le forcer à s'interrompre pour lui faire vider au préalable sa poche à air gastrique.

On ne manquera pas de faire préciser en quelle occasion se sont manifestés les premiers signes d'inappétence, à quelle date remonte le début, si l'anorexie a été déterminée par une cause évidente, si elle est transitoire ou permanente, si elle est influençable par certaines pratiques.

En effet, certains nourrissons ont déjà leurs habitudes, des « manies » dit la mère, « des vices » dira le père : ils boivent leur biberon s'il est donné par certaines personnes, dans telle pièce, dans un fauteuil particulier. Les uns le préfèrent froid ; à d'autres il faut faire réchauffer le biberon au cours du repas. Ce bébé aimera un lait contenant un heureux mélange de sel et de sucre. Celui-ci fera ses délices d'un « cocktail » de babeurre additionné de lait condensé et mitigé d'un peu de farine maltée. Un petit espagnol, à la consultation, préférait ses bouillies assaisonnées d'un peu d'huile, d'un soupçon de tomate et d'une pointe d'ail !

C'est dire quelle est l'importance de l'interrogatoire, combien il doit être minutieux ; et nombreuses sont les

hypothèses qu'il écarte, pour se concentrer enfin sur un groupe de causes dans lequel, l'examen de l'enfant terminé, on découvrira l'affection à incriminer.

C'est pour avoir négligé de petits détails que l'on passera à côté de la cause réelle, que l'on administrera des préparations magistrales à un enfant, et cela sans succès, alors qu'une simple modification dans la modalité des repas, et un peu de fermeté, auraient suffi probablement à faire récupérer au nourrisson son appétit et son poids normal, et à ses parents la quiétude.

Après avoir écarté avec patience les explications maternelles, dont beaucoup sont probablement oiseuses, après avoir jugé un détail plus important à préciser, on procèdera à l'examen de l'enfant, puis à celui des selles.

C'est ainsi que l'on dépistera une *dyspepsie du lait* de vache, syndrome bien mis en valeur par divers auteurs, en particulier M. le Professeur Marfan. Un examen des selles mettra sur la voie du diagnostic que confirme l'examen de l'enfant au gros ventre mou. Si les selles sont grisâtres, il faut soupçonner un *trouble dans les fonctions du foie*, et notamment dans la fonction biliaire, l'hypocholie intestinale étant à la base du trouble digestif et par suite de l'anorexie (Lereboullet). Dans ces cas, un régime mieux adapté, les stimulants de la fonction hépatique feront peu à peu réapparaître l'appétit.

Si cette anorexie s'accompagne d'une « dyspepsie avec vomissements glaireux, de glaires brunâtres répandant une forte odeur de putréfaction... précédant de peu les repas se répétant au cours de la digestion », il faut soupçonner avec M. Tixier un *catarrhe gastrique*. Toute théra-

peutique est inefficace si l'on ne pratique pas des lavages d'estomac ; d'abord plusieurs fois par jour, puis de temps à autre lors des récidives. Cette « gastrite glaireuse » selon une autre dénomination donnée par notre maître M. Aviragnet, cède presque toujours aux lavages gastriques, et l'anorexie disparaît par ce seul traitement. En voici un exemple.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. le Docteur Dayras)

Aliette de L..., 8 mois.

L'enfant est née à terme pesant 3.950 grammes ; elle fut élevée au sein jusqu'à 6 mois. La première phase d'anorexie survient à 7 mois et coïncide avec l'apparition de la première dent : Cette anorexie est si absolue que l'enfant maigrit rapidement. Elle s'accompagne de vomissements glaireux. Aussi à l'apparition de la deuxième dent survenue à 9 mois, toujours accompagnée d'anorexie et de vomissements, on fait un lavage d'estomac par jour pendant quelques jours, dès ce moment l'enfant boit avec avidité, ce qui ne s'était pas produit depuis trois mois. A partir de l'âge de 9 mois jusqu'à un an $\frac{1}{2}$, l'enfant s'alimente convenablement, l'anorexie ne reparait plus, mais à 18 mois, une éruption de plusieurs canines détermine à nouveau une poussée de catarrhe gastrique avec son anorexie et ses vomissements : deux lavages par jour sont faits et deux autres encore tous les deux jours. La crise est rapidement jugulée, l'anorexie disparaît vite, depuis ce temps l'enfant a été revue plusieurs fois : à deux ans, elle pèse 12.500 grammes, elle est en excellent état et son appétit est très régulier.

Ces lavages d'estomac sont d'une technique extrêmement simple, et la famille sera toujours reconnaissante d'avoir fait recouvrer au bébé son appétit, sans avoir eu

recours aux drogues comme les précédents médecins qui s'étaient succédés en vain au chevet du petit malade.

Rappelons encore qu'au début d'une *invagination intestinale aiguë*, le nourrisson, après avoir vomi son dernier repas, refuse de boire. C'est la constatation de coliques douloureuses intermittentes et d'une hémorragie intestinale qui fait le diagnostic et impose l'intervention d'urgence. Mais dans les premières heures du syndrome, cette anorexie brusque, chez un bébé par ailleurs vigoureux et bien portant, élevé au sein comme c'est presque toujours le cas, attire l'attention du pédiatre averti ; on pourrait donc la considérer comme un signe d'alarme. D'autre part, le bébé opéré recouvre son appétit. Si l'anorexie persiste, une complication post-opératoire doit être redoutée.

Une *constipation chronique* peut déterminer à la longue de l'anorexie. Elle a pour caractéristique de disparaître lorsqu'on favorise l'exonération intestinale, mais l'inappétence reparait aussitôt le traitement colique suspendu ; les mucilages, les lubrifiants, les antispasmodiques doivent être préférées au sulfate de soude qui entraîne secondairement de la constipation.

Enfin l'interrogatoire de la mère a pu faire connaître l'existence, quelques semaines auparavant, d'une « diarrhée verte ». Quelle qu'ait été l'intensité de cette *gastro-entérite aiguë infantile*, le nourrisson peut rester un *insuffisant digestif*. Sans doute, il a guéri, sans doute, il est convalescent, mais ce tout petit a été très atteint, il ne peut faire les frais de sa guérison, son tube digestif n'a pas reconquis sa puissance peptique totale ; l'anorexie

persiste, plus ou moins marquée, et renforce l'hypotrophie consécutive à la phase aiguë. C'est alors qu'un minime accident, une légère atteinte grippale, une otite, sur cet organisme fragile et débile, va constituer un épisode grave, lequel peut emporter l'enfant rapidement. Et l'on avait pourtant l'impression de pouvoir tirer ce petit d'affaire, s'il avait pu se défendre, s'il avait voulu manger.

Voici l'observation d'un nourrisson de 6 semaines malgré des régimes variés pour réveiller son appétit, l'anorexie persiste et une gastro-entérite qu'il ne peut surmonter l'emporte en 3 jours.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Ginette. M..., 6 semaines. Anorexie par insuffisance digestive, l'enfant entré le 5 juin 1930, pesant 2.260 grammes ; son poids de naissance fut de 3.000 grammes. Elle fut nourrie au lait sec ; elle avait 5 biberons par jour composés de 90 grammes d'eau et de 2 cuillerées à café de lait sec Dryco.

L'enfant pâle, chétive, hypotrophique a une hernie ombélicale ; sa cuti-réaction est négative. L'enfant est mise au babeurre, mais jamais ne boit sa ration complète et vomit si on la force, on remplace à la fin du mois de juin le babeurre par du lait sec, puis par du lait condensé au début de juillet ; l'anorexie persiste on tente dans le courant du mois de juillet une cure d'insuline, puis une cure de vitamine A et D ; peine perdue, l'anorexie persiste et l'enfant ne pèse que 2.800 grammes.

Le 2 août, une atteinte de choléra infantile se déclare, elle est très grave d'emblée ; le poids retombe à 2.300 grammes, l'anorexie est invincible, l'enfant meurt le 6 août.

On a également signalé l'anorexie au cours de *syndromes coliques fétides*. Il ne nous a pas été donné d'observer cette affection chez des nourrissons et nous n'avons pu nous former une opinion personnelle sur ce sujet.

La dilatation gastrique et la dyspepsie chronique qui en résulte, entraîne de l'anorexie, pour M. le Professeur Nobécourt. « Avant un an, Comby et Rousseau (1897) ont trouvé la dilatation chez 65 dyspeptiques sur 87. Par contre, Lesage ne l'a rencontré que 3 fois sur 96 cas de gastro-entérite chronique. L'appétit est diminué, capricieux, l'enfant réclame des aliments à saveur variée, assez souvent l'anorexie est précédée d'une période de polyphagie. Ce syndrome relève presque toujours d'une alimentation défectueuse. En tout cas, cette anorexie n'est qu'un élément d'une gastro-entérite chronique causée et entretenue par une dilatation gastrique, ne mérite pas de nous retenir et ne peut être individualisée.

Citons encore *l'aérophagie*. Elle est d'une fréquence très grande chez le nourrisson. La majeure partie du biberon est acceptée par lui, puis il refuse de le terminer. Il suffira de promener le bébé dans les bras, de l'inciter à rire et à remuer, au besoin de l'étendre en decubitus ventral pour provoquer une ou plusieurs régurgitations d'air. La fin du biberon sera alors acceptée facilement.

Mais il est des cas plus sérieux; l'aérophagie intense, s'accompagnant d'aérocolie, est telle que l'alimentation de l'enfant devient un problème ardu à résoudre. Il nous souvient d'un enfant de 4 mois, anorexique, émettant dès les premières gorgées de lait des régurgitations d'air d'une violence étonnante chez un enfant de son âge, et

dont la poche à air gastrique, sous l'écran radioscopique, était d'un volume anormalement développé, soulevant fortement la coupole diaphragmatique gauche et refoulant l'ombre radio-médiastinale. Un traitement par la poudre du charbon et la belladone diminue cette aérophagie sans la faire disparaître, et n'améliora que partiellement l'anorexie.

Au surplus, l'aérophagie est tellement habituelle dans tous les troubles de la digestion chez le nourrisson, qu'il est difficile, quelles qu'en soient les modalités, de lui attribuer un rôle dominant dans l'anorexie.

Au cours des *gastro-entérites aiguës de l'été*, l'anorexie est un symptôme banal ; elle n'a aucune importance pour le diagnostic qu'imposent les signes de deshydratation. « A un moment donné, le nourrisson a moins d'appétit, il tette cependant, il refuse le sein, il rejette un peu de lait, ses selles deviennent ocreuses et verdâtres » remarquaient déjà Rilliet et Barthéy.

Mais l'anorexie a une réelle valeur pronostique : un nourrisson atteint de choléra infantile, qui ne veut pas boire, même de l'eau, est profondément intoxiqué. Au contraire, la réapparition de l'appétit confirme la guérison dont l'approche avait été augurée en constatant la disparition des signes de deshydratation.

L'enfant guéri, reste souvent pendant de longues semaines un *insuffisant digestif et hépatique* ; son anorexie peut persister, complète ou partielle, retomber sur l'état général. « Quand l'enfant recouvre son appétit, c'est le signe de la guérison définitive » dit M. Ribadeau-Dumas, et M. Lelong exprime la même idée en écrivant :

« L'anorexie est le témoin d'une infection non encore éteinte ». Et nous nous souviendrons que cette infection peut subsister au niveau de l'intestin ; c'est rare, de l'oreille moyenne ; c'est fréquent, du cavum ; c'est la règle.

Au surplus, ces anorexies sont en grande partie dans ce cas sous la dépendance de l'infection générale autant au moins que des troubles digestifs.

OBSERVATION VI

(Personnelle)

Louis N..., 2 mois. Anorexie par choléra infantile. L'enfant entre à la crèche le 12 août 1931 pour une grave atteinte de choléra infantile. Il pèse 3.010 grammes. Son état général est très grave. Il a en outre une otite latérale que drainent deux paracentèses d'urgence. Après un jour de diète, il est mis au lait de femme ; l'enfant qui refusait l'eau refuse aussi le lait. Le traitement tonique et réhydratant est continué.

Le 14 août, l'état est désespéré, l'anorexie absolue, on a fait une transfusion de sang dans la fontanelle, de 25 centimètres cubes. Le lendemain, l'état général est plus satisfaisant, l'enfant commence à boire, le poids de l'enfant est de 2.620 grammes.

Le 20 août le bébé absorbe 7 biberons de 100 grammes de lait de femme. Peu à peu, on remplace le lait par du babeurre, mais il est moins bien toléré ; on revient au lait de femme dont on ne peut augmenter la quantité, l'enfant refusant de boire plus de 700 grammes dans la journée.

Le 30 août le poids était remonté à 2.710 grammes, quand le 30 août surviennent à nouveau deux otites ; malgré une paracentèse bilatérale d'urgence, le lendemain une nouvelle atteinte de choléra se déclare, laquelle emporte l'enfant en quelques heures.

En résumé, les altérations fonctionnelles du tube digestif sont à l'origine de beaucoup d'anorexies du nour-

risson, et leur recherche systématique en clinique permet d'emblée de rattacher la perte de l'appétit à une faute alimentaire ou à une altération pathologique de l'estomac ou de l'intestin. On peut alors modifier l'anorexie par le traitement du trouble causal. Il n'en est pas ainsi, malheureusement, dans tous les cas ; et nous allons aborder d'autres anorexies plus difficiles à modifier en raison de la complexité de leur production.

b) Anorexies Infectieuses

Ces anorexies sont les plus tenaces, les plus graves aussi ; car on lutte difficilement contre les infections chez le nourrisson. L'anorexie en effet empêche de lutter efficacement contre l'infection, de par l'émaciation qu'elle entraîne ; en outre l'infection retentit sur l'état général et entretient l'anorexie. C'est un cercle vicieux : c'est dire les difficultés que l'on rencontre en l'occurrence pour sauver ces tout-petits.

Nous ne reviendrons pas sur l'importance et la gravité de l'anorexie dans les *gastro-entérites aiguës*, ces affections formant transition entre les anorexies digestives et celles d'ordre infectieuse.

L'anorexie que l'on peut rencontrer au cours des *broncho-pneumonies* ne nous retiendra pas longtemps ; nous ferons remarquer seulement que l'inappétence est aussi bien conditionnée par le facteur infectieux, par le facteur toxique, que par la gêne mécanique respiratoire, l'enfant asphyxiant. D'où l'utilité des injections destinées à réhydrater ces petits qui ne boivent que difficilement. Par contre, l'appétit reviendra assez vite après un épisode pulmonaire aigu guéri, le tube digestif

n'ayant que peu souffert, et seulement par répercussion secondaire.

Au contraire, nous retiendrons plus longtemps les anorexies déterminées par les trois infections les plus fréquentes du nourrisson, c'es-à-dire la tuberculose, la syphilis, les rhino-pharyngites chroniques.

L'anorexie de la *tuberculose* du nourrisson est particulièrement tenace, rebelle à toute thérapeutique ; elle est en partie le reflet de l'état général, de l'état pulmonaire du nourrisson. Nombreux sont les enfants venus aux consultations de l'hospice des Enfants-Assistés, pour anorexie hypotrophie pondérale et staturale, ou pâleur dont l'origine est identifiée par une cuti-réaction positive ; par une radiographie montrant une adénopathie trachéo-bronchique ou une lésion parenchymateuse, par une enquête familiale révélant une tuberculose évolutive d'un des parents proches de l'enfant. La courbe de poids, les clichés successifs, l'état général, l'appétit de l'enfant permettraient, au même titre, de suivre les progrès de l'affection vers l'amélioration ou l'aggravation de cette maladie d'un pronostic si réservé chez les tout petits. C'est au retour de l'appétit, lequel est patent pour eux, que les parents jugent surtout l'amélioration de l'enfant, tout au contraire du clinicien qui se base sur des signes plus précis. C'est dire que l'inappétence ne peut faire ni le diagnostic, ni le pronostic de la tuberculose du nourrisson, qu'elle n'est qu'un élément de ce syndrome, et n'a pas d'individualité propre, et n'est tout au plus qu'un signe d'alarme.

L'observation suivante le montre bien :

OBSERVATION VII

(Personnelle)

Claude S..., 2 mois. Tuberculose. L'enfant entre à la crèche le 27 mai 1930 pour anorexie. Elle est née à terme, pesant 3.500 grammes ; elle a reçu les trois doses vaccinales de B. C. G. dans les dix premiers jours de sa vie, sa mère étant atteinte de laryngite tuberculeuse, de tuberculose pulmonaire avec présence de bacilles de Kock dans les crachats, mais la mère s'est refusée à se séparer de l'enfant.

L'enfant âgée de 2 mois pèse 4.600 grammes. Son aspect général est satisfaisant. La cuti-réaction est fortement positive. Une radiographie faite à son entrée à la crèche ne montre rien de particulier. Mais l'anorexie est absolue, jamais les biberons ne sont absorbés complètement.

Une seconde radiographie faite le 12 juin montre une adénopathie trachéo-bronchique bilatérale ; pourtant le poids de l'enfant est parvenu à 4.940 grammes.

Le 1^{er} juillet, une troisième radiographie montre une lésion parenchymateuse du lobe inférieur droit ; le poids est de 5.000 grammes, l'anorexie persiste.

Le 4 juillet, une atteinte grave de gastro-entérite aiguë se déclare, le poids tombe rapidement à 3.950 grammes, et l'enfant meurt le 8 juillet.

L'autopsie confirma l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique et d'une infiltration tuberculeuse de la base droite.

Avec la tuberculose, l'hérédo-syphilis est un grand facteur d'anorexie. « Depuis le jour où », dit M. le Professeur Marfan « j'ai vu mourir de paralysie générale le père d'une fillette qui avait présenté cette anorexie, j'ai recherché la syphilis toutes les fois que j'ai rencontré ce syndrome. Aussi, dans ces cas, quelque soit le résultat de l'enquête, je prescris un traitement spécifique, et en général l'appétit revient assez vite. »

Les caractéristiques de cette variété d'anorexie serait d'être surtout rebelle à tout autre thérapeutique que celle anti-spécifique. C'est dire que lorsque la diététique, les petits moyens habituels sont impuissants à ranimer l'appétit de l'enfant, il ne faut pas hésiter à prescrire une cure anti-syphilitique, et en particulier à s'adresser au mercure. En outre il ne faut pas trop tarder, afin de ne pas épuiser les chances de succès, en laissant se développer l'hypotrophie si fréquente des hérédosyphilitiques.

Cette anorexie se voit aussi bien dans les syphilis larvées que dans les syphilis virulentes florides du nourrisson. L'observation suivante en fait foi.

OBSERVATION VIII

(Personnelle)

P...., Magdeleine, 3 semaines. Hérédosyphilis.

Le dimanche 29 juin 1930, le service de garde nous fait appeler auprès de ce nourrisson. Il est absolument hideux ; une éruption typique de syphilis secondaire apparue depuis quelques jours est généralisée à tous les téguments ; des lésions impétigineuses se sont greffées par la suite. L'enfant est né à 8 mois, pesant 2.850 grammes. Il pèse actuellement 3.050 grammes ; le Wassermann de la mère et de l'enfant sont positifs.

L'enfant est d'abord nourrit au bibeurre ; l'anorexie est à peu près complète à l'arrivée, mais cède en grande partie à une série de bi-iodure de mercure totalisant 10 milligrammes. L'enfant est rapidement blanchie. Après une série d'injection de bivatol totalisant quatre centigrammes de bismuth métal, l'anorexie reparaît ; elle ne cède pas non plus à une série de sulfarsénol de 27 centigrammes au total. On reprend alors une cure hydrargyrique sous forme de frictions mercurielles, l'appétit reparaît alors.

Le 26 septembre l'enfant sort de l'hôpital, pesant 3.260 grammes,

son état général est satisfaisant. Revue par la suite, on constata à nouveau la persistance de l'anorexie pendant les cures de traitement non mercurielles, et sa disparition quasi totale lorsque la cure hydrargyrique était reprise.

Quant à l'anorexie déterminée par l'infection chronique d'une *rhino-pharyngite* à réveils successifs et incessants, elle est d'une fréquence extrême, d'une gravité réelle, d'un traitement embarrassant. Ces poussées fébriles soudaines et répétées affaiblissent l'enfant, entravent sa croissance, encombrent l'estomac de glaires et de pus, entraînent un état sabural des voies digestives, et déterminent l'apparition de l'inappétence. Lorsque cette infection du cavum est entretenue par un bouquet de végétations adénoïdes, et que le traitement médical échoue, il ne faut pas hésiter à intervenir, à pratiquer l'adénoïdectomie ; il ne faut pas tarder non plus, sinon l'organisme par trop infecté ne tirerait aucun bénéfice de l'opération, et l'anorexie persisterait. L'observation suivante le montre bien.

OBSERVATION IX

(Personnelle)

Gabriel V..., 3 mois. Rhino-pharyngite-chronique.

L'enfant entre à la crèche le 8 septembre 1930 ; il a une otite bilatérale : une paracentèse donne issue à du pus des deux côtés.

L'enfant était né à terme, pesant 3.020 grammes. Il a présenté déjà deux fois une otite, l'une à droite, l'autre à gauche, actuellement il a une grosse hypotrophie pondérale, son poids étant de 2.700 grammes. Des végétations adénoïdes, encombrent le cavum (examen de M. le Docteur Magdelaine, service de M. le Docteur Le Mée).

On alimente l'enfant au babeurre ; jamais les biberons ne sont absorbés complètement ; cette anorexie partielle devient complète lors des poussées de rhino-pharyngite chronique, jusqu'au 1^{er} décembre, l'enfant a sept poussées d'adénoïdite aiguë, trois nouvelles otites. Il pèse à six mois, 2.850 grammes, n'ayant augmenté que de 150 grammes en 3 mois, et cela malgré des régimes variés, des cures d'engraissement à l'insuline, à l'hépatrol, au stomarol, à l'extrait thyroïdien, aux frictions mercurielles, malgré la désinfection quotidienne.

L'ablation des végétations adénoïdes est pratiquée le 2 décembre 1930 par M. le Docteur Magdelaine. Depuis ce jour, l'enfant ne présente plus de poussées aiguës, sa température est normale, ses otites sont taries, mais l'anorexie, l'hypotrophie persistent. L'enfant pèse le 5 janvier 2.900 grammes, malgré une nouvelle cure d'insuline et une autre d'hépatrol injectable. L'intoxication subie par l'enfant pendant 5 mois semble avoir perturbé sa croissance et ses fonctions digestives de façon irrémédiable.

Nous avons été témoin des recherches qu'entreprennent M. les Docteurs Dayras et Magdelaine sur un syndrome caractérisé par une rhino-pharyngite chronique, de l'anorexie permanente, des vomissements glaireux, un aspect spécial de la langue, celle-ci est enduite dans ses 2/3 postérieurs d'une carapace épaisse, crémeuse, couleur de farine lactée, sous laquelle percent les papilles hypertrophiées, le 1/3 antérieur de la langue étant blanchâtre, la pointe et les bords restant roses. Ce syndrome que ces auteurs se réservent d'individualiser de façon plus complète comporte pour eux un traitement spécial, l'anorexie, la rhino-pharyngite, l'état saburral de la langue ne disparaissant qu'après désinfection ou désencombrement du cavum.

Ainsi, au cours des trois infections principales du nourrisson, qu'il s'agisse de tuberculose, de syphilis ou

de rhino-pharyngite, on peut observer de l'inappétence. Et nous en avons vu la fréquence, la gravité.

Au cours de toutes les maladies infectieuses, l'anorexie chez le jeune enfant est à peu près la règle, comme chez l'adulte. Aussi est-il de bonne clinique de mettre le nourrisson fébrile à la diète hydrique pendant quelques heures ; tout compte fait, on gagne du temps, et la courbe de poids s'en trouvera mieux, une anorexie marquée, d'autre part, sera un élément de pronostic réservé, car l'affection semble devoir être sérieuse. Il n'y a cependant aucune comparaison possible entre l'intensité de l'infection et celle de l'anorexie, et par conséquent, aucune déduction ferme à tirer de leur rapprochement ; tout au plus pourra-t-on faire des réserves sur une évolution ou de plus longue durée, ou sujette à des complications.

L'observation suivante montre un certain parallélisme de persistance entre une infection et l'anorexie à laquelle elle a donné naissance.

OBSERVATION X

(Personnelle)

Jacqueline C..., 7 mois. Septicémie à streptocoques.

L'enfant entre à la crèche le 25 mai 1930 pour un erysipèle de la cuisse gauche, consécutif à des injections d'huile camphrée pratiquées par un médecin de ville à l'occasion d'une bronchite.

L'état général est grave, la température est à 40° 3 ; l'anorexie est absolue. L'enfant pèse 6.370 grammes. Le lendemain l'erysipèle s'est étendu, et le surlendemain il atteint le pied et les lombes. Deux jours après une escarre apparaît au coude gauche et une autre sur le dos du pied droit, traduisant des embolies microbiennes. Une hémoculture pratiquée montre la présence de streptocoques dans le sang.

La situation reste grave jusqu'au 31 mai ; à ce moment une amélioration survient, l'inappétence est moins absolue. L'enfant a perdu 380 grammes. A partir du 4 juin, l'état général est meilleur, la température ne dépasse pas 38°, l'appétit semble revenu ; le 12 juin l'enfant est apyrétique, gaie, et mange de bon appétit. Le 20 juin l'enfant semble guérie, elle sort le 6 juillet pesant 5.990 grammes, en bon état, mangeant volontiers.

L'enfant est revue plusieurs fois au cours des mois suivants ; l'infection n'est pas éteinte ; ses réveils se traduisent par des poussées fébriles de quelques jours, déterminant une reprise de l'anorexie, entravant la croissance du bébé qui ne pèse encore que 7.850 grammes à 1 an.

Là encore, l'anorexie est le témoin d'une infection non encore éteinte. Cela est vrai lors des *infections graves* ; ce l'est encore au cours d'affections banales, d'*infections atténuées* qu'on serait tenté de négliger comme un *intertrigo auriculaire*, un *érythème fessier*. Ses régimes diététiques les plus modernes contre l'anorexie seront vains tant que l'infection causale ne sera pas éteinte. On peut soutenir sans exagération que tout cause qui troublera la vie végétative du nourrisson aura une répercussion sur ses fonctions digestives et en particulier sur son appétit. C'est ainsi qu'une *infection urinaire* peut secondairement retentir sur les fonctions du tube digestif et entraîner une anorexie. En voici un exemple :

OBSERVATION XI

(Personnelle)

Magdeleine L..., 5 mois. Pyélonéphrite à colibacilles.

L'enfant entre à la crèche le 15 novembre 1930 ; elle est malade depuis 15 jours, présente une gastro-entérite rebelle à toute thérapeutique, une anorexie absolue. Elle est nourrie au sein. Sa température est à 39° 2 ; en l'absence de toute localisation clinique, un pré-

lèvement aseptique des urines par sondage vésical est pratiqué ; les urines sont troubles, présentent des polynucléaires et des colibacilles nombreux.

Malgré les injections de sérum anticolibacillaires de Vincent, la médication stimulante, les injections salines destinées à lutter contre la deshydratation, malgré l'allaitement maternel, l'état général demeure inquiétant, les urines troubles et l'anorexie persiste. Un auto-vaccin est préparé, de l'uroformine est administrée ; peu à peu la gastro-entérite s'améliore, les urines deviennent plus claires tout en contenant toujours des colibacilles, l'appétit semble réapparaître.

Néanmoins, à sa sortie de l'hôpital, le 26 décembre, l'enfant n'a pas reconquis son appétence de naguère, son alimentation est toujours pénible ses urines contiennent toujours des polynucléaires et des colibacilles. Revue depuis sa sortie, sa mère se plaint toujours de l'anorexie de sa fille qui refuse le sein à chaque tétée ; les urines contiennent toujours des colibacilles en grand nombre.

Pour terminer ce chapitre voici encore un exemple qui illustre la ténacité, la gravité de ces anorexies infectieuses, dans lesquelles la thérapeutique ne donne jamais d'aussi bons résultats que dans la cure des anorexies digestives

OBSERVATION XII

(Communiquée par M. le Professeur Lereboullet)

Magdeleine G..., 10 mois $\frac{1}{2}$. L'enfant entre à la crèche des Enfants-Assistés le 9 octobre 1930, sans aucuns renseignements. Elle pèse 6.950 grammes ; sa température atteint 39° ; L'examen ne montre, pour expliquer cet état fébrile qu'une poussée dentaire. Dès le lendemain la température tombe, pour ne reprendre que du 16 au 19 et retomber ensuite à la normale. Deux cuti-réactions à la tuberculine sont négatives.

Toute l'histoire, tout le drame se concentre autour de l'anorexie absolue dont l'enfant est atteinte. Elle refuse le lait de vache qu'on lui a prescrit, et ne consent à s'alimenter un peu que le 17 octobre, jour où une incisive latérale supérieure est sortie. Le

18 octobre le bébé n'absorbe que 150 grammes de liquide dans toute la journée, on doit la réhydrater ; le 20 octobre, l'enfant n'a bu que 30 grammes de liquide et vomit à chaque tentative d'ingestion. Le 22 octobre, légère amélioration de l'état général, coïncidant avec la sortie d'une seconde dent ; l'enfant consent à absorber un peu de lait de femme et 3 cuillerées de bouillie.

Le 23 octobre l'enfant a perdu 800 grammes, elle est très faible, l'anorexie est toujours aussi prononcée. Le 25 une radioscopie montre un estomac contenant, 4 heures après l'ingestion de substance opaque, encore un peu de baryte. Malgré le régime, les stimulants, la cure de réhydratation, la sortie d'une troisième dent survenue le 28 octobre, l'anorexie est toujours pareille, et l'enfant meurt dans la nuit.

L'autopsie ne montre pas de sténose pylorique ou duodénale, mais un foie gras, pâle, chamois clair, présentant des suffusions hémorragiques, graisseuses, d'aspect infectieux.

En résumé, l'origine infectieuse de cette anorexie si rebelle est prouvée par la dégénérescence graisseuse de ce foie d'aspect infectieux, liée vraisemblablement à des troubles gastro-intestinaux antérieurs.

Avant de terminer ce chapitre des anorexies infectieuses, il est bon d'insister encore sur leur caractère primordial : leur ténacité, leur gravité. Aussi, devant une anorexie contre laquelle on ne peut pas instituer de thérapeutique efficace, devant un enfant dont l'état digestif n'explique pas la perte de l'appétit, il faut chercher si dans un passé immédiat ou lointain, dans son état général, dans ses divers viscères, il n'existe pas une infection susceptible d'intervenir dans le fonctionnement de son tube digestif et de son foie, et d'être indirectement à l'origine de cette anorexie.

c) Anorexies de causes générales

Il est à côté des anorexies liées d'une manière plus ou moins évidente à des troubles de l'appareil digestif, à côté de celles dues à une infection générale ou viscérale dont nous venons de faire l'énumération, des anorexies qui relèvent de causes générales et dans lesquelles le trouble digestif ou l'infection n'apparaissent pas.

Telle l'anorexie des *débiles*, des *prématurés*, des *arthritiques* qui n'ont même plus la force de téter. « Tout d'abord un enfant peut être anorexique parce que trop faible », écrit M. le Professeur Lereboullet. « Ce sont les prématurés, les débiles qui naissent tout petits et qui n'ont souvent pas la force de téter ; il y a chez eux un manque de vitalité, de force qui explique qu'ils têtent difficilement, mais chez ces enfants, dès qu'ils se sont fortifiés, l'anorexie disparaît.

« Il y a des enfants qui ont de l'anorexie parce qu'ils se sont développés de façon particulière, ils sont hypothrepsiques ou athrepsiques ; ils maigrissent, ils n'ont pas d'appétit, et cependant leurs cris indiquent une sensation de faim. Ces petits anorexiques n'ont plus la force de vivre, au surplus souvent l'alimentation ne leur sert

de rien parce qu'ils ne sont plus capables de l'assimiler, leur anorexie dépend d'ailleurs aussi de leur faiblesse qui les rend inaptes à saisir le sein ou le biberon (Lereboullet). »

les rend inaptes à saisir le sein ou le biberon (Lereboullet) à résoudre chez les hypothyroïdiques.

OBSERVATION XIII

(Personnelle)

Raymond T..., 7 mois. Hypotrophie.

L'enfant entre à la crèche le 11 mars 1930 pour anorexie. Il est né à terme pesant 1.750 grammes. Il a été nourri au lait de vache. A 7 mois il pèse 4.700 grammes. L'enfant est mis au lait condensé, puis au babeurre, puis au képhir. Jamais l'enfant ne finit ses biberons ; on lui donne successivement des vitamines D, puis des vitamines A et D ; mais son poids le 5 avril est de 4.480 grammes.

On institue alors un régime sans lait tel que le préconise M. Ribadeau-Dumas ; c'est à dire 7 biberons par jour contenant chacun 160 grammes d'eau, 1 cuillerée à soupe et demie d'huileurone avec $\frac{1}{2}$ cuillerée à café de Vitaminol. Progressivement on ajoute du lait en diminuant la ration de farine de graines de tournesol.

Le 8 avril le poids est passé à 4.590 grammes, et l'enfant semble avoir plus d'appétit ; il pèse le 15 avril 4.870 grammes ; malgré un coryza diphtérique que jugule d'ailleurs rapidement une solution de novarsenobenzol instillée dans les narines, selon la méthode de M. le Professeur Lereboullet, la croissance de l'enfant continue rapidement, et l'appétit se maintient. Le 26 avril l'enfant sort de la crèche pesant 5.920 grammes, buvant avec plaisir jusqu'au bout ses 5 biberons de lait condensé et mangeant entièrement une bouillie au lait de vache, ayant pris en 21 jours 1.440 grammes, soit une moyenne de 68 grammes par jour.

Dans ce dernier cas, on peut vaincre et l'hypotrophie, et par suite l'anorexie par l'emploi des protéines

végétales ; dans le cas suivant, ce fut l'extrait thyroïdien qui donna le même résultat,

OBSERVATION XIV

(Personnelle)

Maurice L..., 2 mois 1/2. Hypotrophie.

L'enfant entre à la crèche le 10 juillet 1930 pesant 3.590 grammes. Il est envoyé pour anorexie.

Il a une hypotrophie du deuxième degré. Il est né à terme pesant 3.320 grammes. Après échec de l'alimentation au babeurre puis au lait condensé, sans changer ce dernier régime, on commence une série de 10 injections sous-cutanées de 0 gr. 10 d'extrait thyroïdien Choay à raison d'une injection par jour. Le premier jour de la série l'enfant pesait 3.570 grammes ; le dixième jour, l'enfant pèse 3.640 grammes ; il sort 5 jours après de l'hôpital pesant 4.020 grammes. Revu 1 mois après il pesait 5.090 grammes ; depuis sa croissance est normale, jamais plus l'anorexie ne reparait.

Dans un autre cas, une cure d'engraissement par l'insuline fit merveille, et en même temps agit de façon très nette sur l'anorexie qui était rebelle jusqu'alors.

D'autre part, dit M. le Professeur Lereboullet « Il est des enfants qui sont anorexiques parce que leur système nerveux est surexcité, et cette exaspération du système nerveux fait qu'à certains jours l'enfant a un dégoût de l'alimentation en même temps qu'il est agité et insomnique. Le type de ces enfants anorexiques, ce sont les petits *eczémateux*, les *spasmophiles* ».

Il est en effet des enfants qui peuvent être anorexiques dans les jours qui précèdent l'affection des phénomènes tétaniques, dans l'observation suivante, ce nour-

risson anorexique, atteint de tétanie latente, aurait peut être fait des crises convulsives si on n'avait institué le traitement de la spasmophilie.

OBSERVATION XV

(Personnelle)

Siegfried K..., 17 jours. Tétanie latente.

L'enfant entre à la crèche le 16 juillet 1930, n'ayant pas repris son poids de naissance. Il est né à terme pesant 3.600 grammes, il pèse actuellement 3.460 grammes ; il est nourri au sein, mais le refuse, ou bien le mamelon en bouche, n'essaye même pas de téter. On ne trouve à l'examen de ce nourrisson par ailleurs bien constitué, qu'un signe de Chvostek.

On nourrit l'enfant à la cuiller, on lui fait prendre 2 grammes de chlorure de calcium par jour et 10 gouttes de stérogyl.

Le troisième jour du traitement, l'enfant boit au sein, très facilement, et même avec avidité. Il pèse 3.500 grammes ; le 25 juillet, le signe de chvostek a disparu, l'appétit est revenu complètement, et l'enfant sort le 26 juillet pesant 3.890 grammes.

Les eczémateux ont également très souvent de l'impotence. Ce sont presque toujours de gros enfants pâles, mais suralimentés ; l'étiologie de leur manque d'appétit est complexe : elle semble être sous la dépendance de leur terrain nerveux, de leur constitution arthritique, de leur suralimentation antérieure, et aussi de l'infection presque fatale de leurs téguments.

De même, les *hypothyroïdiens*, les *myxoédémateux*, ont très fréquemment, on pourrait dire toujours, de l'anorexie ; elle résulte de la torpeur, de la vie au ralenti que mènent ces pauvres petits, de l'abaissement de leur métabolisme basal. L'anorexie, les autres troubles digestifs,

les signes cardinaux du myxœdème, les petits signes d'hypothyroïdie disparaissent rapidement par l'opothérapie thyroïdienne ; mais les rechutes sont fréquentes si le traitement est suspendu trop longtemps.

L'hyperfonctionnement de toutes les glandes endocrines peut déterminer l'apparition de l'anorexie. Nous avons vu plus haut les bons effets de l'insuline dans certains cas d'inappétence chez des enfants hypotrophiques. Certains auteurs, d'ailleurs, prédisent ou font entrevoir le rôle possible de certains degrés d'*insuffisance pancréatique* dans la pathologie infantile, ce qui implique le retour de l'appétit par le traitement insulinique.

Ces diverses hypofonctionnements endocriniens peuvent se continuer, réalisant les *insuffisances poly-glandulaires*. Dans l'observation suivante, un traitement opothérapique polyvalent fit disparaître l'anorexie de cet enfant dont le retard psycho-moteur était très marqué.

OBSERVATION XVI

(Communiquée par M. le Docteur Dayras)

Jacques B..., 16 mois. Insuffisance poly-glandulaire.

L'enfant est présenté à la consultation le 10 octobre 1930 pour un gros retard psycho-moteur.

Il est né à 8 mois pesant 3.000 grammes. Il fut nourri au sein, mais ne l'acceptait que contraint et forcé. Depuis, son inappétence n'a fait que croître. A 16 mois, l'enfant pèse 8.000 grammes, mesure 71 centimètres, ne marche, pas, ne parle pas, ne s'intéresse pas à son entourage ; il a fait son premier sourire à 3 mois, sa première dent à 8 mois, ne soulève sa tête qu'à 10 mois. Il a l'aspect d'un enfant de 10 mois ; on ne constate pas de signes de rachitisme, de tétanie ou d'hérédosyphilis, la cuti-réaction à la

tuberculiné est négative. Il n'absorbe jamais complètement ses 5 repas composés d'une soupe, d'une bouillie et de 3 biberons.

Sans changer ce régime, on poursuit le traitement suivant :

Pendant 2 mois, 4 jours par semaine l'enfant prendra un paquet contenant 2 centigrammes de corps Thyrogoïde, 25 de Thymus, 5 d'Hypophyse et 20 de glycéro-phosphate de chaux ; et une fois par semaine il recevra une injection d'une petite dose de Sulfarsénol ; pendant les 2 mois suivants, il recevra 2 injections par semaine de 10 centigrammes d'extrait thyroïdien jusqu'à concurrence de 10 injections ; et 2 fois par semaine également une injection du contenu d'une 1/2 ampoule d'extrait per-Thymique Carrion jusqu'à concurrence de 10 injections, on y ajoutera une semaine sur deux une ampoule à boire tous les jours de Sero-Dausse infantile.

A 20 mois, l'enfant a augmenté de 2 centimètres, a pris 1.250 grammes, il a 3 dents nouvelles, son appétit a reparu complètement. Le bébé mange volontiers ses 5 repas par jour, se tient droit, son intelligence s'éveille, il s'intéresse à son entourage ; ses gestes sont plus vifs, il s'essaye à parler et à marcher.

On prescrit un mois de repos, et la reprise du traitement pendant une période de même durée.

Les cardiopathies congénitales, surtout celles s'accompagnant de cyanose, peuvent également déterminer de l'inappétence. « Elle contribue à rendre difficile l'élevage de tels enfants » écrit M. Lelong. « Elle traduit en général un certain degré d'insuffisance cardiaque, de stase circulatoire digestive ou hépatique. Elle est améliorée par les toni-cardiaques, la digitaline à petites doses, par les stimulants de la sécrétion gastrique.

Enfin *l'anémie*, quelle qu'en soit sa cause, qu'elle soit plastique ou aphasique, qu'elle que soit sa nature : oligosidérémie anémie pseudo-leucémique infantile, anémie post-infectieuse ou secondaire à une intoxication, peut s'accompagner d'une anorexie plus ou moins mar-

quée. C'est en traitant cette anémie, et par un traitement étiologique si l'on peut, qu'on fera réapparaître plus ou moins facilement l'appétit.

Dans le cas suivant, un traitement inspiré par la méthode de Whipple donna des résultats excellents, et sur l'anémie, et sur l'anorexie qu'elle avait fait naître.

OBSERVATION XVII

(*Persannelle*)

Renée B..., 3 mois, anorexie.

L'enfant entre à la crèche le 6 septembre 1930 pour otite. Elle est née à terme pesant 3.500 grammes ; elle pèse à son entrée 3.940 grammes. L'enfant est très pâle, anémiée, complètement anorexique. Une paracentèse d'urgence est pratiquée, donnant issue à du pus des 2 côtés.

On prescrit d'abord un régime au babeurre, puis au lait condensé ; on y ajoute du protoxolate de fer ; l'anorexie persiste, le poids tombe à 3.630 grammes.

Le 17 octobre, sans modifier le régime antérieur, on commence une série de 10 injections de 1 centimètre cube d'Hépatrol injectable, correspondant chacune à 30 grammes de foie de veau cru. Le résultat est aussi rapide que satisfaisant. Le 10 octobre, le poids est déjà à 3.850 grammes, pour atteindre le 18 le chiffre de 4.360 grammes. Très rapidement l'appétit est reparu, le visage est rose, l'enfant s'intéresse à son entourage ; elle sort le 5 novembre de la crèche, pesant 4.630 grammes, buvant avec plaisir ses 6 biberons de lait concentré sucré.

Il est encore une affection bien connue des pédiâtres depuis quelques années : l'*Acrodynie*, dont l'anorexie est un symptôme important. MM. Janet et Dayras qui en ont publié le premier cas observé en France notent ainsi les caractères de l'anorexie qu'elle provoque « L'anorexie est

absolue... ; notons enfin que l'anorexie persiste, rendant l'alimentation très difficile. Il n'y a d'ailleurs aucun trouble digestif ; peut être cette anorexie est-elle d'ordre mental, et faut-il la rapprocher des troubles du caractère qui sont évidents. »

Lors d'un autre cas rapporté par la suite par les mêmes auteurs, ceux-ci insistent à nouveau sur l'anorexie. « L'anorexie est complète depuis une dizaine de jours, l'alimentation est difficile ». Si difficile, nous raconta M. le Docteur Dayras, que des gavage furent nécessaires pour soutenir l'enfant âgé seulement de 15 mois.

Dans la revue générale qu'il consacre à l'acrodynie, M. Janet précisa encore les caractères de cette inappétence. « L'amaigrissement est rapide et inquiétant, il s'explique facilement par un symptôme presque constant : l'anorexie. La perte de l'appétit est telle qu'il devient très difficile d'alimenter les malades. Elle persiste pendant de longues semaines. Sa durée frappe vivement et inquiète à juste titre les parents. Cette anorexie si marquée est en général le seul symptôme digestif constaté... Dans quelques cas observés par Woringer, l'appétit était conservé, et cependant l'amaigrissement qui n'était pas dû à une sous-alimentation, était considérable » (H. Janet).

En résumé, toute cause modifiant plus ou moins profondément l'anorexie du nourrisson, troublant ses fonctions végétatives, et changeant ses diverses réactions organiques normales, est susceptible de déterminer une anorexie dont les aspects, les caractères seraient différents,

éminemment variables et dont le traitement sera inefficace s'il n'est étiologique. C'est dire qu'en étudiant avec minutie la constitution de l'enfant, qu'en instituant un traitement pierre-de-touche, on pourra quelque chose dans une affection où la diététique et les moyens ordinaires avaient échoué.

d) Anorexie par pharyngo-spasme infantile

Le pharyngo-spasme infantile est un syndrome isolé par M. E. Weill en 1919. Il est caractérisé par « un refus prolongé de l'alimentation, en particulier de l'alimentation solide ». Cette longue durée n'altère pas la santé de l'enfant ; de plus, cette inappétence n'est pas complète : « L'enfant mâche les aliments, les garde dans sa bouche, ne les avale pas. » Il semble éprouver une véritable gêne à la déglutition. L'auteur aurait constaté dans un cas de légères ulcérations du pharynx. Le traitement qu'il préconise est la dilatation de l'œsophage afin de forcer le sphincter pharyngien, empêcher le spasme et laisser à l'ulcération le temps de se cicatriser.

« Ces enfants qui ne manquent pas d'appétit, qui essayent souvent de manger, qui gardent les aliments dans leur bouche ne sont pas des névrophates, des mentaux... mais ressentent une gêne dans l'acte de la déglutition... Après le cathétérisme, l'enfant se méfie encore quelques jours et avale sous la menace (or, la menace antérieurement n'avait jamais produit aucun effet). Il s'aperçoit que les voies sont libres et arrive à

manger comme tout le monde... Si on admet que le cathétérisme agit comme un instrument de suggestion, il faut reconnaître qu'il représente une excellente suggestion, supérieure à celles qui sont recommandées couramment » (Weill).

M. Weill défendit l'intégralité de son syndrome et discuta les cas de Crozer Griffith, de Forsheimer, de M. Comby dont il fait des cas d'anorexie mentale, à l'exception de celui de Norris G. Orchard qu'il considère comme pharyngo-spasme infantile.

Il est cependant impossible de ne pas remarquer que le traitement de l'anorexie mentale compte lui aussi, et la suggestion, et le passage d'un tube de caoutchouc dans le pharynx et l'œsophage. Aussi M. Comby discute les conclusions de M. E. Weill « Malgré les détails dans lesquels entre M. E. Weill, malgré le talent avec lequel il présente ses observations personnelles, je ne puis m'empêcher de voir de grandes analogies, sinon une identité parfaite entre l'anorexie nerveuse et le pharyngo-spasme des jeunes enfants. L'état cérébral, la psychose dominant dans les deux cas ; la diversité symptomatique permettra bien de distinguer des variétés du syndrome. Mais au fond c'est la même maladie, une perversion de l'appétit, avec ou sans association de spasme pharyngo-œsophagien » (Comby).

Au patricien il importera peu de mettre l'une ou l'autre étiquette si le résultat est identique avec un traitement à peu près analogue. Au surplus, il nous faut rappeler ici que les faits visés par le Docteur Weill concernant des enfants de deux à trois ans et non des jeunes

nourrissons mêmes ceux que nous envisageons ici. Ils sont, pour nous, importants à connaître dans la mesure où ils permettent d'interpréter les faits d'anorexie mentale que nous allons maintenant aborder.

e) L'Anorexie mentale

Ce syndrome, bien caractérisé par M. Comby et les travaux de divers auteurs, ainsi que par les discussions que souleva son étude à la Société de Pédiatrie, en 1925, présente certaines particularités très spéciales. M. Comby en donne la définition suivante « L'anorexie nerveuse, observée surtout chez les jeunes filles à l'époque de la puberté, mais pouvant aussi se rencontrer chez les garçons et dans la première enfance, est une psychose, une perversion psychique de l'appétit... La tare nerveuse est évidente, et l'hérédité souvent constatée, tous les sujets atteints sont de souche neuro-arthritique, mais ils ne sont pas à proprement parler hystériques, n'en ayant pas les stigmates ».

D'autre part M. le Professeur Lereboullet, tant en faisant des réserves sur sa pathogénie, conclut qu'il y a des cas où il y a incontestablement un élément mental. »

Des multiples travaux et discussions que souleva ce problème, nous retiendrons plusieurs points. D'une part, la dénomination d'anorexie mentale semble plus justifiée que celle d'anorexie nerveuse ou hystérique ; d'autre

part elle est très rare chez le nourrisson. Elle peut présenter des limites mal tranchées avec le pharyngo-spasme infantile ; elle s'observe surtout chez les enfants nerveux, fils de nerveux ou d'arthritiques ; cette perversion psychique, cette psychose dépasse l'enfant et atteint la famille dont le milieu mental en favorise l'apparition et dont les réactions quotidiennes en prolongent l'évolution, si bien que la séparation de l'enfant avec sa famille devient nécessaire.

M. le Professeur Lereboullet écrit en effet à ce sujet : « Nous avons tous vu de ces familles où les enfants étaient entourés de personnes nerveuses qui peuvent aider à la genèse de l'anorexie, et nous avons constaté que la première chose à faire était, soit de changer la nourrice, soit d'écarter la mère, et que l'enfant ait une meilleure hygiène alimentaire ». Bref, il faut « déraciner » ces petits malades, et à la « manière faible » substituer la « manière forte ».

Enfin cette anorexie est grave, de par l'état d'inanition qu'elle provoque. « L'enfant est trop jeune pour perdre sans danger une trop grande partie de son poids. Plus l'enfant est jeune, plus le pronostic est grave » (M. Comby).

L'anorexie mentale survient presque toujours après 6 mois. L'enfant qui n'a jamais été un gros mangeur, s'interrompt facilement au cours de ses repas. Peu à peu il devient très difficile de l'alimenter « manger pour lui devient une corvée », dit M. Comby. Les repas durent près d'une heure, la mère se lasse et abandonne la partie. Peu à peu l'enfant dépérit, la vie de la maison

s'en ressent, les parents se rejettent mutuellement la responsabilité de ces incidents.

La tâche du pédiâtre appelé à soigner l'enfant est délicate. Il doit, d'abord estimer à sa juste valeur la nervosité, l'état d'esprit très spécial de l'entourage. C'est là un point capital, car nous ne craignons pas de le répéter : l'anorexie mentale est fonction du milieu dans lequel l'enfant est élevé. Puis il étudiera les antécédents du bébé, les petits incidents qui ont pu émailler sa croissance, les circonstances qui ont coïncidé avec les premiers refus de nourriture. Un terrain arthritique prédisposant sera soupçonné, une cause adjuvante comme une erreur de diététique sera constatée, une circonstance occasionnelle comme une brûlure par une cuiller de bouillie, trop chaude, comme c'est le cas que rapporte Barbier dans sa célèbre observation, sera retrouvée. L'enfant aura « cristallisé » autour de ces faits un certain état d'esprit mobile, frondeur, peureux, bref une véritable petite maladie mentale. De même ce peut être, la poussée dentaire ou un changement de régime qui ont marqué le début de l'anorexie, laquelle a survécu aux causes initiales (Barbier).

Mais avant de songer à l'anorexie mentale avec certitude, il faut se rappeler combien est rare ce syndrome, et envisager d'abord des causes plus simples. MM. Debré et Semelaigne ont observé un enfant dont l'anorexie sembla d'ordre mental, et qui fut reconnu plus tard sous la dépendance d'une stéatose hyperthrophique considérable du foie.

D'autre part, M. Tixier recommande de ne pas oublier l'hypothèse d'un catarrhe gastrique possible et de faire

d'abord des lavages d'estomac. « En présence d'un nourrisson anorexique, chez lequel il est impossible de mettre en évidence une cause simple... Je crois qu'on aurait tort de parler d'anorexie mentale et de recourir au gavage et à l'isolement si l'on n'a pas eu la précaution de s'assurer du contenu de l'estomac. Presque toujours, lorsque celui-ci est débarrassé des glaires qui peuvent l'encombrer, l'appétit revient, et les familles sont enchantées de voir une thérapeutique aussi simple réussir alors que les médications plus compliquées avaient échoué ». Et faisant allusion à la fameuse observation de Buffet-Delmas, il ajoute « Buffet-Delmas n'aurait pas eu à faire plus de 2000 gavages s'il avait lavé méthodiquement l'estomac de ce petit malade avant chaque gavage » (M. Tixier).

Il n'en reste pas moins que l'élément mental peut être primordial, tel le cas cité par le Professeur Nobécourt, dans lequel une fillette de 13 ans, traitée pour anorexie nerveuse, avait été soignée dès l'âge de 5 mois pour la même affection, ce qui montre bien la permanence du terrain nerveux à l'infini de l'anorexie.

Une fois le diagnostic certain, le traitement en doit être préconisé sans tarder. Deux cas se présentent alors : ou bien le petit malade appartient à un milieu aisé, et c'est presque toujours le cas, ou bien il est d'un milieu plus modeste. Dans le premier cas, il est nécessaire avant tout de changer l'atmosphère du milieu dans lequel est élevé le bébé. Il faut montrer aux parents, dans la mesure du possible, quels sont leurs vrais devoirs envers cet enfant, les prévenir de la durée probable de la cure, laquelle demandera autant de douceur que de fermeté,

de tact que de patience ; si la famille comprend l'importance de ces détails, on lui laissera l'enfant, mais en confiant le contrôle de ses repas à une personne ayant de l'influence sur lui.

« Il n'est pas rare, dans les familles », écrivent MM. Nobécourt et Maillet « de constater que les enfants ne veulent pas manger parce qu'on s'y prend mal. Tantôt une mère trop faible n'insiste pas suffisamment et ne montre pas assez de fermeté ; tantôt une mère trop nerveuse s'agite, menace l'enfant, lui fait peur, le frappe même, le fait crier, et arrive à un résultat contraire à celui qu'elle veut obtenir. En pareille circonstance il suffit qu'une personne patiente et ferme donne le repas pour que l'enfant arrive bientôt à s'alimenter convenablement ». Il nous souvient d'avoir vu guérir rapidement une anorexie mentale en confiant l'enfant à une nouvelle nurse, la précédente ayant perdu toute autorité sur lui.

Par contre, si la cure semble impossible dans le milieu familial, il restera en dernier recours l'isolement et le gavage, mais entre ces deux conduites extrêmes, existent des moyens moins coercitifs, et non pas sans résultats. Ce sont le changement d'air, que préconise M. le Professeur Lereboullet, le changement de la personne qui s'occupe de faire manger l'enfant, que recommande M. Comby, les lavages d'estomac que vante M. Tixier. En cas d'échec, mais seulement alors, les grands moyens seraient employés : isolement et gavages, modes particulièrement coercitifs de psychothérapie.

L'enfant sera écarté du milieu familial pour être confié

aux soins d'une infirmière expérimentée ; on tentera d'abord de le nourrir normalement ; s'il refuse la nourriture on le gavera. Au repas suivant, si l'enfant refuse de manger spontanément, la sonde à nouveau sera introduite. En général l'enfant ne résiste pas plus de quelques jours à cette persuasion implacable. Tel fut le cas du nourrisson soigné par M. J. Dayras.

OBSERVATION XVIII

(Communiquée par le Docteur J. Dayras)

Simone C... Anorexie mentale, 11 mois.

L'enfant née à terme pesait 3.900 grammes. Elle pèse actuellement 9.100 grammes. Elle fut élevée au sein exclusivement. L'enfant est capricieuse, gâtée. A 2 mois elle refusa sans cause de prendre le sein gauche, puis plus tard le sein droit, et refusa également les biberons de lait concentré qu'on voulait lui donner pour la compléter ; elle refusa à 5 mois de boire les biberons de complément destinés à remplacer quelques tétées ; à 6 mois elle refusa de prendre des bouillies. A 11 mois, elle est toujours au sein et refuse toute autre alimentation.

On est décidé à la sevrer ; on lui présente 4 repas dans la journée, soit 1 soupe, 1 bouillie et 2 biberons ; l'enfant refuse tout, jeûne 1 jour, 2 jours, et la mère désespérée abandonne la partie et donne à nouveau le sein à l'enfant. Mais le bébé ayant, après quelque temps, perdu 600 grammes en 1 mois, les parents sont enfin décidés à agir plus énergiquement.

L'enfant est isolée avec une infirmière et ne verra pas ses parents avant d'avoir mangé seule. Pendant 48 heures, le bébé fait la grève de la faim. Le troisième jour sont commencés les gavages ; mais avant chacun on présente les repas à l'enfant. Après 4 gavages, spontanément l'enfant accepte une bouillie, la première de sa vie. Après 4 jours de claustration, l'enfant est rendue à la liberté ; quelques jours après elle mange de tout et absorbe le régime indiqué à son âge. Jamais plus l'anorexie ne reparut, et sa croissance est depuis normale.

Peu d'enfants résistent, en effet, à cette thérapeutique. Le moyen réussit toujours, que l'enfant appartienne à un milieu aisé et soit surveillé dans une maison de santé, ou qu'il soit d'un milieu plus modeste et soit traité à l'hôpital. Ce fut le cas de l'enfant guérie dans le service de M. le Professeur Lereboullet.

OBSERVATION XIX

(Communiquée par M. le Professeur Lereboullet)

Jacqueline B..., 2 ans 1/2. Anorexie mentale.

L'enfant était suivie par la consultation depuis sa petite enfance pour hypotrophie et anorexie. Les diverses investigations cliniques, ne découvrant rien de particulier, le diagnostic est posé d'anorexie mentale. La mère confesse la nourrir de force quand le bébé refuse de s'alimenter ; l'enfant ne consent qu'à prendre un peu de lait, se fâche, vomit quand la mère s'obstine ou lui donner des soufflets. A 2 ans 1/2, le bébé ne pesant que 10.250 grammes, ne mesurant que 82 centimètres, son état général étant précaire, sa mère renonçant à la lutte, on l'admet à l'Hospice des Enfants-Assistés.

Le premier jour, l'enfant n'accepte que du bouillon de légumes ; le deuxième jour également ; le troisième jour, à titre de représailles un lavement lui est administré : l'enfant absorbe dans la journée 3 potages et un peu de purée ; les jours suivants, l'enfant n'accepte aucune autre extension de son régime ; le huitième jour, à titre de moyen correctif on commence une série d'injections de sérum glucosé : aussitôt l'enfant absorbe tout ce qu'on lui présente. Puis on continue, toujours pour l'entretenir dans cette voie, par une série de sulfarsénol, légitimé du reste par une réaction de Neicht légèrement positive. Cette série est bien supportée, et l'enfant quelques jours après est rendue à sa mère ; elle mange volontiers le régime propre à son âge.

Dans ce cas, l'isolement dans les gavages réussissent à mener à bien la guérison de l'enfant. Par contre, il est des enfants émaciés, affaiblis, deshydratés, chez lesquels il faut agir vite, et les gaver sans tarder. « Il faut les forcer » écrit M. Comby à leur repas. Quelques-uns en effet ne peuvent être sauvés que par le gavage. Et M. Buffet-Delmas précise aussi. « En présence d'un nourrisson atteint d'anorexie nerveuse, l'indication dominante est d'empêcher la mort par inanition, et ce résultat, le gavage seul est sûr de l'obtenir. Au lieu d'attendre le réveil spontané de l'appétit, il faut avoir recours à la sonde dès les premiers jours. Il semble que plus on agit tôt, moins la résistance se prolonge » (Buffet-Delmas).

Sans doute, quand l'inanition est prononcée, il faut agir vite et gaver ; mais quand l'état général est encore satisfaisant, il est bon d'éviter autant que faire se pourra les pratiques qui ne peuvent que laisser de fâcheux souvenirs dans la mémoire de ces tout petits. Et si la guérison peut être obtenue par des moyens plus simples, plus pratiques, il ne faut pas hésiter à y recourir ; c'est ce qu'il advint pour le cas de M. le Professeur Lereboullet dans lequel l'anorexie mentale guérit sans gavages. Et l'on ne peut faire autrement qu'adopter les conclusions de notre maître, quand il exprime son opinion à propos de l'observation de Buffet-Delmas. « Si cet enfant n'avait pas eu un grand-père médecin qui trouvait plus facile de le gaver que de le nourrir convenablement, s'il n'y avait pas eu de ce fait habitude prise, il est bien probable qu'il aurait guéri plus vite de son anorexie ».

f) Les anorexies de causes intriquées

Chacune des causes possibles d'anorexie a été artificiellement isolée. En pratique, plusieurs causes interviennent simultanément ou successivement.

L'anorexie de l'athrepsique dépend aussi bien d'une impuissance musculaire à téter, que d'un trouble digestif, de l'infection encore mal éteinte qui a déclenché la gastro-entérite, ou encore du terrain hépatique ou hérédosyphilitique sur lequel ces affections ont évolué.

De même, au cours des premiers mois, un nourrisson peut être anorexique par un coryza, plus tard par un état saburral de ses voies digestives qui accompagne l'éruption de ses premières dents ; à l'époque de son sevrage l'anorexie peut être à nouveau observée ; elle se réveillera encore à l'occasion d'une coqueluche. Chacune de ces manifestations morbides peuvent être, par ailleurs, le point de départ d'une anorexie mentale.

La difficulté consistera à démêler la part de chacun de ces facteurs, dont un ou plusieurs existent encore, dont d'autres ont modifié le terrain sur lequel ils ont évolué, et dont un dernier subsiste peut-être encore à l'état de souvenir hibiteur.

L'observation suivante montre quelle peut être la complexité du problème étiologique et thérapeutique que soulèvent certaines anorexies.

OBSERVATION XX

(Personnelle)

Michel L..., 17 mois.

L'enfant est né à terme pesant 3.270 grammes. Jamais il n'a montré un grand appétit, même dans ses premiers jours. Son anorexie ne va faire que s'accentuer, se modifier.

Elle est expliquée dès sa naissance par une hérédité arthritique manifeste ; dans le premier mois par l'effet de la vaccination au B. C. G., à trois mois par les réactions de la vaccination jennérienne, à 5 mois par l'institution d'un allaitement mixte, à 6 mois par l'éruption des premières dents, à 7 mois par l'administration de la première bouillie.

A 8 mois, une crise d'adénoïdite coïncidant avec une nouvelle germination dentaire détermine une accentuation encore plus marquée de l'anorexie ; à 10 mois survint un épisode digestif catalogué catarrhe gastrique, lequel cède, ainsi que l'inappétence qui l'accompagnait, par des lavages d'estomac ; à 1 an une crise d'adénoïdité détermine encore une inappétence prolongée.

Jusqu'ici l'anorexie n'était absolue que pendant les épisodes sus-dits ; ceux-ci disparus, l'appétit renaissait en partie. Peu à peu l'inappétence devient permanente, d'abord légère, puis très importante ; d'autre part, elle présente deux aspects particuliers : L'enfant ne peut avaler les aliments solides, alors que les repas liquides ou les bouillies sont parfaitement dégluties ; il semble qu'un pharyngo-spasme puisse être soupçonné. En outre, l'élément mental est indéniable : l'enfant n'absorbe ses repas que contraint et forcé par sa mère : les repas sont de véritables luttes ; ceux-ci terminés, l'enfant se hâte, dès qu'il est rendu à la liberté, de se cacher dans un coin, tire la langue et se fait vomir. La mère se refusant à toute séparation, la cure radicale ne peut être tentée.

TRAITEMENT

L'exposé que nous venons de faire des divers types d'anorexie du nourrisson montre les complexités et les difficultés que l'on peut rencontrer quand on veut en triompher, étant donné que, alors que le traitement peut être en partie étiologique, on ne peut espérer remédier d'emblée à tous les facteurs de l'anorexie.

Néanmoins il est établi qu'avec une bonne méthode d'observation clinique, avec de la persévérance, en sachant varier selon leurs effets les moyens employés, on arrive assez souvent à remédier à l'anorexie des nourrissons.

M. le Professeur Lereboullet a, dans la leçon qu'il a consacrée à l'anorexie, mis en relief les lignes générales du traitement et les voies dans lesquelles il faut le conduire.

Il rappelle qu'« il faut avant tout, si l'on a affaire à un nourrisson en bas âge, régler l'alimentation, tâcher d'obtenir que les tétées soient prises plus facilement et à intervalles suffisamment éloignés ». Plus tard chez l'en-

fant présentant les manifestations si fréquentes de la dyspepsie du lait de vache, il peut y avoir avantage à réduire ou à supprimer le lait, et à essayer de donner une alimentation sans lait plus facile à avaler. Il faut se rappeler toutefois que « l'alimentation solide peut être rejetée car elle détermine un effort de déglutition », lequel, les faits publiés par M. Weill l'ont bien montré, peut être à l'origine de l'anorexie. « Il ne faut pas donc se figurer, que parce qu'on donne à l'enfant une soupe de viande ou des bouillies, il boira mieux, car il ne mastique pas mieux qu'il n'avale les liquides.

« Ce qu'il faut surtout c'est varier l'alimentation. »

Une autre règle capitale qui ressort de ce que nous avons dit à propos de l'élément mental dans l'anorexie, c'est la nécessité de considérer « le milieu où vit l'enfant, de tâcher de l'éduquer. Le traitement de l'anorexie du nourrisson demande de la part de l'entourage beaucoup de patience, de force de persuasion, de persévérance et une obstination plus forte encore que celle du nourrisson (Lereboullet). »

Tout ce qui peut relever l'état général du nourrisson, améliorer ses fonctions digestives, stimuler son foie, modifier sa nutrition doit également avoir sur l'anorexie une influence heureuse.

Il faut se rappeler l'importance du facteur infectieux, notamment le rôle capital de l'hérédo-syphilis dans certains cas, des infections digestives dans d'autres, et faire, dans de tels cas le traitement actif de l'infection causale,

Nous devons, avant d'entrer dans quelques détails, rappeler ces principes généraux.

*
**

Les fausses anorexies sont souvent les plus faciles à modifier parce que la cause en est purement locale et qu'on peut assez vite y remédier. Un nourrisson enchi-frené abandonne sans cesse le sein pour respirer par la bouche : quelques gouttes d'huile adrénaline rendent la quiétude à la mère. En guérissant le muguet, en drainant l'abcès rétio-pharyngien, la dysphagie disparaît et l'appétit revient, mais il faut se rappeler que souvent ces causes purement locales peuvent, même disparues, être l'origine d'anorexies plus durables par la sensation de succion douloureuse qu'elles laissent à l'enfant ; et il est important de veiller, en cas de trouble local, à maintenir la *facilité* et la régularité des tétées.

Parmi les *anorexies digestives*, certaines disparaissent assez aisément, qu'elles soient liées à un trouble passager de l'alimentation lequel s'amende une fois celle-ci mieux surveillée, ou qu'elles soient la conséquence de la germination dentaire (elles se rapprochent des fausses anorexies, le trouble local étant ici dominant). Il existe autant de méthodes de débridement de la dent que d'auteurs, chacun a sa préférence : la meilleure technique est celle qui amène la disparition des incidents, que ce soit par le procédé de l'ongle de M. Tixier, ou par le galvano-cautère le vaccino-style, le morceau de sucre.

Toutefois, certains médicaments de l'état général ou

des fonctions digestives peuvent être utilement conseillées. Le fer est au premier rang de ces médicaments, surtout chez les anémiques. M. Tixier écrit à ce sujet : « J'ai vu des petits anorexiques refuser pendant des semaines toute nourriture et réclamer leur biberon ou leur soupe après quelques jours de protoxalate de fer ». Nous nous sommes très bien trouvés de l'administration de ces paquets.

Protoxalate de fer	} aâ 0 gr. 10.
Magnésie calcinée	

Un paquet par jour en deux fois.

Rappelons que le jus de viande rouge (de cheval ou de mouton) à raison d'une cuillerée à café par jour, au-dessus de 6 mois, rend de réels services lors des convalescences des maladies infectieuses. Il en est de même parfois, chez les nourrissons ayant dépassé la première année, de la viande crue, du foie de veau cru.

On peut donner des toniques digestifs, des préparations à base de pepsine ou de peptone, de l'eau de Vichy, des solutions chlorurées, du bicarbonate de soude. C'est ainsi qu'on peut prescrire avant les tétées une cuiller à dessert d'une solution contenant :

Chlorure de Sodium..	} aâ 2 grammes
Bicarbonate de Na...	
Eau distillée.....	300 cm ³

De même, on peut, sur le conseil de Variot, employer le citrate de soude en solution à 2 grammes pour 100, à la dose d'une cuillerée à café toutes les deux tétées ; ou

encore une solution bicarbonatée sulfatée dérivée de la classique formule de Bourget :

Bicarbonate de Soude..	2 grammes
Citrate de Soude.....	1.50
Sulfate de Soude.....	1 —
Eau distillée.....	250 cm ³

Une cuillerée à café ou à dessert avant chaque tétée de repas.

On peut employer aussi quelques préparations à base de gouttes amères dont la formule est aisément modifiable, telle celle-ci :

Teinture de noix vomique	
Teinture de gentiane.....	
Teinture de quinquina...	} aa 1 gramme
Teinture de quassia.....	
Teinture de rhubarbe....	
Teinture de cascarille....	

Cinq gouttes, 5 minutes avant 2 tétées ou repas.

En cas d'intolérance au lait, on peut le remplacer par un succédané : lait concentré sucré, lait sec, labeurre ; on peut encore utiliser les féculents, et même enrichir de protéines les hydrates de carbone en y ajoutant ou substituant provisoirement de la farine de soja, de la farine de graines de tournesol, des soupes aux biscottes et à la viande. Ces produits rendent de grands services dans les dyspepsies du lait de vache et dans l'anorexie qui en découle. Nous ne pouvons insister ici sur toutes les variantes de l'alimentation du nourrisson malade : il faut savoir les utiliser selon leurs effets.

L'*aérophagie* du nourrisson, si habituelle, peut cependant de par son intensité provoquer de l'anorexie. Il peut être bon d'en tenir compte et de savoir, lorsqu'on a reconnu son existence, faire boire l'enfant assis, interrompre le repas du bébé, varier la position du nourrisson.

Si l'anorexie est sous la dépendance d'un *catarrhe gastrique*, nous avons vu les lavages d'estomac lui porter un prompt remède.

La *fonction hépatique* ne doit pas être négligée, et l'emploi de certaines préparations à base d'extrait de foie peut être utile, encore qu'elles soient difficilement acceptées par le nourrisson anorexique. Chez certains bébés ayant dépassé les premiers mois, l'usage du calomel à petites doses (cinq milligrammes le matin) peut avoir son utilité dans le même but.

Il est bon de rappeler l'efficacité de certaines opothérapies, l'emploi de la pepsine, de la pancréatine, celui de faibles doses de thyroïde qui chez certains anorexiques hypotrophiques peuvent trouver leurs indications. L'adrénaline par la bouche, l'insuline par la voie parentérale ont donné de beaux succès dans quelques cas.

Quant aux anorexies liées à une *infection générale*, elles sont modifiées par le traitement de cette infection. Au premier rang est l'*anorexie de l'hérédosyphilitique*. toujours nous l'avons vu guérir, quand le foie et la rate n'étaient pas trop volumineux, quand l'affection semblait plus cutanée et osseuse que viscérale. Nous insistons à nouveau sur les meilleurs effets du mercure, bien autrement efficace que l'arsenic et le bismuth chez les tout petits, effets encore plus marqués avec les frictions

qu'avec les injections de Biodure. M. Marfan préfère la solutions de lactate d'hydrargyre au 1.000^e dont il fixe ainsi la posologie.

De 1 an à 3 ans : 10 gouttes par kilog de poids

3 ans à 10 ans : 7 gouttes par kilog de poids

Après 10 ans : 1 cuillerée à café pour 15 kg.

D'autre part M. le Professeur Lereboullet en vante les bienfaits en ces termes « le lactate de mercure a un double effet, en agissant comme anti-syphilitique, en même temps que comme médicament qui stimule les fonctions gastrique et biliaire ».

Quant à l'anorexie des petits *tuberculeux* elle nous a paru à peu près invincible, aussi grave, progressive et rebelle que l'est l'évolution de la tuberculose du nourrisson. Toute thérapeutique échoue, depuis la récalcification jusqu'à l'emploi des cholestérines, en passant par les vaccins et les antigènes.

Restent les anorexies des *autres maladies infectieuses* : elles doivent disparaître après l'extinction de l'infection causale. Si l'anorexie persiste pendant la convalescence, c'est que la maladie couve encore et va se réveiller. C'est dire qu'on aura peu à lutter contre l'anorexie directement, mais uniquement contre l'affection causale.

Nous en arrivons aux anorexies de *causes générales*. Celle qu'on observe chez les *débiles*, les *hypothrepsiques* ne peut être vaincue qu'en forçant l'enfant à boire, puisqu'il n'en a pas la force. Il est rare d'avoir à employer le gavage chez ces pauvres petits, la cuiller ou

•

même le compte-goutte sont d'un emploi journalier, au contraire.

Les hypothyroïdiens, les myxoédemateux, les anémiques, les insuffisants polyglandulaires voient leur anorexie amendée rapidement par un traitement spécifique.

A toutes les anorexies dont nous avons étudié le traitement, peuvent s'appliquer certaines pratiques thérapeutiques générales.

« Ce sont d'abord les rayons *ultra-violets* ; dans beaucoup de cas on stimule l'appétit... il semble que ces rayons soient un des premiers traitements à employer ». (M. le Professeur Lereboullet).

Une seule contre-indication est imposée à leur emploi : l'existence de rachitisme osseux prononcé ; l'enfant pourrait être consolidé en conservant ses déformations devenues alors irrémédiables.

« A ces rayons on peut substituer l'*ergostérine irradiée* ; dans les bouillies, à petites doses, elle donne souvent de très bons résultats, et permet de rendre à ces petits enfants l'appétit, d'arriver à stimuler leurs fonctions digestives, à remonter leur état général, aider à leur calcification » (M. le Professeur Lereboullet).

D'autre part, les *injections de solutions glucosées isotoniques*, d'oxygène ne peuvent que favoriser le retour plus rapide de l'appétit déficient. Les *injections de solutions salées isotoniques* et notamment d'*eau de mer* peuvent également trouver leurs indications, mais ont quelquefois plus d'*inconvenients* que d'avantages.

Dans la plupart de ces anorexies, même alors qu'elles ont une cause définie, intervient pour une large part un

facteur nerveux, et il est bon de ne pas le perdre de vue dans le traitement. Pour peu que l'enfant soit plus ou moins *spasmophile* (il en est ainsi de certains petits *eczémateux*) il faut se rappeler le bon effet de médications calmantes, telles que le *gardénal* à *petites doses*. Il a permis à notre Maître, M. le Professeur Lereboullet, en modifiant l'excitation de l'enfant, de rendre beaucoup plus facile sa réalimentation, quelles que soient par ailleurs les autres médications employées.

Reste le chapitre des *Anorexies Nerveuses*. Nous en avons vu les lignes générales. Rappelons combien M. Weill est affirmatif en soutenant guérir rapidement par quelques cathétérismes les pharyngo-spasmes infantiles les plus invétérées.

Quant à l'*anorexie mentale*, elle ne guérira que si les parents le désirent fermement et se prêtent aux exigences de la cure. « Il faut calmer l'entourage et obtenir les trois qualités essentielles : silence, douceur, fermeté. » dit M. Lelong. Si ces conditions ne peuvent être réalisées, l'isolement de l'enfant devient nécessaire. « L'isolement et la psychothérapie constituent la base du traitement », c'est ainsi que MM. Nobécourt et Maillet formulent leur opinion. L'isolement ne signifie pas claustration dans une pièce, mais éloignement du milieu familial. Et M. Lelong recommande très justement de « surveiller l'hygiène générale de l'enfant et en particulier d'exiger des promenades dans un endroit aéré et tranquille. La mer n'est pas à conseiller ; la campagne ou la montagne ne sont utiles que dans la mesure où le calme est respecté ».

M. Tixier fait en outre remarquer qu'il s'agit là d'une

thérapeutique coûteuse et qui ne peut être mise en œuvre que dans la classe aisée. Pour les milieux modestes il convient de tenter un traitement plus simple : notamment une série de lavages d'estomac à l'eau de Vichy ».

Enfin M. le Professeur Lereboullet conclut en recommandant de chercher à résoudre le problème en allant du simple au complexe, et c'est très sagement qu'il formule « Souvenez-vous que bien des petits moyens sont bons ».

Sans insister davantage sur ce chapitre de thérapeutique, complexe en raison même de la diversité des cas nous en avons dit assez pour montrer qu'à sa disposition, le médecin a toute une série d'agents thérapeutiques de divers ordres pour lesquels, bien des petits moyens sont bons. Grâce à eux il est fréquent de voir l'anorexie s'atténuer et disparaître. S'il faut dans d'autres cas constater des échecs, on est parfois surpris de la guérison rapide obtenue à la suite de moyens simples visant surtout l'hygiène et le régime du petit malade, sans thérapeutique médicamenteuse complexe. L'anorexie du nourrisson est une des affections dans lesquelles l'observation attentive du médecin, qui varie ses prescriptions selon les résultats obtenus, peut amener le plus de résultats heureux. Il faut bien en connaître la fréquence, les causes et l'évolution, et c'est ce qui a été surtout le but de ce travail.

CONCLUSIONS

1° L'Anorexie du nourrisson est un symptôme fréquent, souvent tenace, de cause parfois complexe, et qui a une importance pratique marquée; sa persistance pouvant entretenir l'hypotrophie prononcée du nourrisson et être un obstacle durable à toute reprise de poids.

2° Les fausses anorexies, provoquées par des lésions buccales et pharyngées gênant les suctions, de plus rarement par l'agénésie des centres de la succion (chez certains arriérés) sont faciles à distinguer des anorexies vraies, mais utiles à reconnaître.

3° Les vraies anorexies peuvent être d'origine digestive : ce sont les plus fréquentes ; elles peuvent résulter d'une infection générale plus ou moins grave, et notamment de l'hérédosyphilis ; elles sont dans d'autres cas sous la dépendance de causes générales et en particulier de causes nerveuses ; elles ont parfois à leur origine un élément local, comme dans le cas de pharyngo-spasme infantile. Enfin une place réelle mais limitée doit être

faite aux anorexies nerveuses, dans lesquelles, même chez le nourrisson, un élément mental peut être mis en lumière, et où il faut retenir l'influence du milieu.

4. Souvent les causes de l'anorexie sont intriquées, et un élément local (douleur à la succion) peut être le point de départ d'une anorexie durable liée à des troubles digestifs, à une infection générale, à une cause nerveuse.

5. C'est l'examen clinique répété et attentif qui permet de relever les causes de l'anorexie et de fixer les bases du traitement, dans lequel intervient une série de petits moyens d'ordre diététique et médicamenteux. Il exige de la part du médecin et de l'entourage du malade beaucoup de patience et de persévérance, mais peut souvent déterminer de véritables succès.

Vu : *Le Doyen,*

BALTHAZARD

Vu : *Le Président de Thèse*

LEREBOULLET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — *Maladies des enfants*. Baillière, 1926.
- BARBIER. — *Anorexie chez les nourrissons et gavage*.
Société de Pédiatrie, 17 Février 1925.
- BLECHMANN. — *Nourrissons, Enfants*. G. Doin, Paris 1926
P. 264.
- BOULADE-PÉRIGOIS. — *Anorexie nerveuse chez les nour-*
rissons. Arch. Med. Enfants, 1912. xv. P. 697.
- BRIAND. — *Anorexie nerveuse*. Société de Pédiatrie, 22
Janvier 1929. P. 77.
- BUFFET-DELMAS. — *Anorexie nerveuse*. Archives de mé-
decine des enfants. 1^{er} Mars 1912. P. 180.
Anorexie nerveuse. Société Médicale des Hôpitaux,
26 Janvier 1912.
- COMBY. — *Anorexie nerveuse*. 260 consultations pour
enfants. Masson, Paris 1925. P. 46.
- *Anorexie nerveuse*. Formulaire de poche pour
les maladies des enfants. Vigot, Paris 1921. P. 22.
- *Anorexie nerveuse*. Traité des maladies de l'en-
fance, Vigot, Paris 1928. P. 792.

- *Anorexie nerveuse*. Société Médicale des Hôpitaux.
Août 1908.
- *Anorexie nerveuse*. Société Médicale des Hôpitaux.
Décembre 1909.
- *Anorexie nerveuse*. Archives de Med des Enfants.
1908. P. 562.
- *Anorexie nerveuse*. Archives de Med des Enfants.
1909. P. 926.
- *Anorexie nerveuse*. Archives de Med des Enfants.
1912. P. 698.
- *Pharyngisme et œsophagisme chez les enfants*.
Archives Med. Enfants. Avril 1920. P. 247.
- *Anorexies infantiles et juvéniles*. Presse médicale
12 Mars 1927.
- CORDIER. — *Anorexie mentale*. Archives de Med des
enfants, 1912. P. 938.
- CROZER-GRIFFITH. — *Anorexie nerveuse*. Archives de
Méd. des Enfants, 1908, p. 572.
- DAYRAS. — *Les accidents de la première dentition*.
L'Hôpital. Février 1929. P. 132.
- *Les causes et les méfaits de l'hyperalimentation du
nourrisson*. L'Hôpital, septembre 1925, p. 512.
- DEBRÉ et SUMELAIGNE. — *Stéatose hyperthrophique du foie
chez un nourrisson*. Presse médicale, 17 Décembre
1930.
- DELCOURT. — *Anorexie chez un hérédo-syphilitique*.
Archives Méd. des Enfants, 1914. P. 712.

FORCHEIMER. — *Anorexie nerveuse*. Archives de Med. des Enfants 1908. P. 572.

GLEYS. — *Physiologie*. Baillière. Paris 1921, p. 167.

G. HALLÉ. — *Anorexie mentale*. Société Médicale des Hôpitaux. 26 Janvier 1912.

V. HUTINEL. — *Les maladies des enfants*. Paris. Asselin et Houseaux, 1909.

— Tome II. P. 43.

— Tome III P. 12 — 63 — 134.

— Tome IV P. 818 — 833.

IOVANE. — *Disturbo Della Suzione in un neonato*. *Pediatrics*, 1903. XI. P. 713.

H. JANET. — *L'acrodynie*. Journal de Médecine et de chirurgie pratiques. 25 Décembre 1928.

JANET et DAYRAS. — *A propos de 4 nouveaux cas d'acrodynie*. Bulletin de la Société de Pédiatrie, 16 Octobre 1928. P. 400.

— *Sur un syndrome caractérisé par des sueurs, des troubles vasco-moteurs des extrémités, de l'insomnie*. Société de Pédiatrie, 6 juillet 1926, p. 272.

LEGENDRE. — *Les enfants nés à terme qui ne savent prendre ni le sein, ni le biberon*. Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie. XVI. 1903, p. 193.

LELONG. — *Les Anorexies du Nourrisson*. La Vie Médicale, 26 Février 1930.

Professeur LEREBoullet. — *L'Anorexie du Nourrisson.*
Progrès médical. 8 Mars 1930. Leçon clinique.
Mai 1929.

MARCONI. — *L'Anorexia del lattente. Notizario di diang-
nostica e terapia.* Agosto 1929. N° 8. P. 12.

Professeur MARFAN. — *Clinique des maladies de la pre-
mière enfance.* Masson 1928.

— *L'Anorexie des Enfants du premier âge.* Journal
des Praticiens. 22 Mars 1930.

— *Traité de l'allaitement.* Masson 1930. P. 882.
Les gastro-entérites du Nourrisson. Paris 1900.

— *Les affections des voies digestives dans la première
enfance.* Masson 1930. P. 172.

MARFAN et LEMAIRE. — *Précis d'hygiène et des maladies
du nourrisson.* P. 332.

MÉRY. — *Anorexie infantile.* Archives Med. des Enfants,
1903. P. 93-142.

MOLL. — *Traitement diététique des troubles digestifs
du nourrisson.* Revue française de pédiatrie, 1930.
N° 2. P. 177.

NOBÉCOURT. — *Précis de médecine des enfants.* Masson
1926. P. 190.

NOBÉCOURT et MAILLET. — *Thérapeutique du nourrisson
en clientèle.* P. 263.

NOBÉCOURT et MERKLEN. — *Anorexie du nourrisson.* So-
ciété de Pédiatrie. 15 Mai 1906.

ORCHARD. — *Anorexie nerveuse*. Archives de Med. des enfants. Septembre 1915. P. 509.

OSTHEIMER. — *Anorexie des nourrissons*. Phila country med. soc. 13 Septembre 1905.

PARROT. — *L'athrepsie*. Paris 1877.

PÉRIER et GAUJOUX. — *Séméiologie de l'appétit chez l'enfant*. Archives Med. Enfants 1911. xv. P. 273.

RAPADO-POZAS (Aurelio). — *La medicina de los ninos*. Janvier 1930.

RIBADEAU-DUMAS. — *L'Anorexie*. Collection Sergent-Ribadeau-Dumas-Babonneix. Pédiatrie XXIV, t. I, fascicule I, p. 700.

RIBADEAU-DUMAS, René MATHIEU et L. WILLEMIN. — *L'utilisation des protéines végétales dans l'alimentation des Nourrissons*. Le Nourrisson. N° 3. Mai 1930. P. 161. N° 4. Juillet 1930. P. 209.

RILLIET et BARTHEZ. — *Maladies des enfants*. Baillière 1853. p. 736.

SAINT-GIRONS. — *Les anorexies du nourrisson*. Concours Médical, 16 novembre 1930.

SAMY-KAMAL. — *De l'anorexie mentale*. Thèse de Lyon, 1911.

SNOW. — *Traitement de l'anorexie du nourrisson*. Journ. Amer. med. ass. Chicago, 1908. L I, 1917-1920.

TERRIEN. — *Précis d'alimentation des nourrissons*. Masson, Paris, 1926, p. 46-96-100.

TIXIER. — *L'anorexie du nourrisson et son traitement.*
Monde Médical, 1^{er} octobre 1928 ; 1^{er} décembre
1927.

VARIOT. — *Anorexie des Enfants.* Société Médicale des
Hôpitaux, novembre 1898 ; 5 décembre 1907.

WEILL. — *Pharyngo-spasme infantile et anorexie mentale*
Paris Médical, 6 décembre 1919 ; Journal de Méde-
cine de Lyon, 20 février 1922.

— *Pathologie infantile.* Juin 1922, p. 81.

